



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

PROGRAMA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA
PACIENTES DE LEUCEMIA AGUDA**

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

DOCTORA EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A

MARÍA BEATRIZ VILLARRUEL RIVAS

JURADO DE EXAMEN DE GRADO

DIRECTORA: Dra. María Emilia Lucio Gómez Maqueo

COMITÉ: Dra. Laura Hernández Guzmán

Dra. Beatriz Fuentes Pardo

Dra. Lizbeth Obdulia Vega Pérez

Dra. María Dolores Rodríguez Ortiz

Dra. María Luisa Rascón Gasca

Dra. Guadalupe Acle Tomassini

MÉXICO, D.F.

2009



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

***A Luis Emilio, por darme
energía e impulso, a pesar de
todo***

AGRADECIMIENTOS

*A la UNAM, que me ha formado
y permitido crecer*

*Al CONACYT, por
el apoyo recibido*

*Al Proyecto (PAPIIT 302206) de la
Dirección General de Apoyo al
Personal Académico, UNAM*

*A la Dra. Emilia Lucio,
por la oportunidad, la guía,
el apoyo y la disposición
para instruir el conocimiento*

*A las integrantes del Jurado, por
el aprendizaje metodológico y las
valiosas aportaciones*

*A la Mtra. Shirley Rubio y la
Dra. Sonia Meave, por su
amistad y disposición para
colaborar*

*A las Mtras. Consuelo Durán y
Blanca Barcelata; Lic. Paulina
Arenas, Hugo Gómez y Brenda
Morales, por su colaboración y
acertada retroalimentación*

*A mi familia, por brindarme
el apoyo y la fortaleza para
concluir este ciclo académico
y personal*

*A mis amigos, que han
tolerado mis quejas, y
compartido mis logros*

*En especial, a los pacientes y sus
familias, por permitirme colaborar
para el Cambio, y aprender de sus
experiencias*

Índice

	Pág.
Resumen	I
Justificación	III
Capítulo 1. Adolescencia y Estrés	1
1.1. Adolescencia	1
1.2. Modelo del ciclo vital	2
1.3. Adolescencia y problemas de salud	2
1.4. Estrés en la adolescencia	2
1.5. Sucesos de vida y estresores	2
1.6. Estrés en la adolescencia y su relación con los problemas de salud	2 3
1.7. Ajuste psicosocial de los adolescentes con enfermedad Crónica	5
Capítulo 2. Afrontamiento	8
2.1. Definición	8
2.2. Desarrollo del concepto	8
2.3. Modelos de afrontamiento en adolescentes	10
2.4. Afrontamiento en adolescentes con enfermedades crónicas	14
2.5. Intervenciones para modificar el afrontamiento	17
Capítulo 3. Leucemia	19
3.1. Definición	19
3.2. Aspectos epidemiológicos en poblaciones pediátricas	20
3.3. Problemas psicológicos en población pediátrica con diversas neoplasias	26
3.4. Programas psicosociales para población con leucemia	32
Capítulo 4. Aspectos metodológicos y aplicaciones en psicología de la salud de los componentes de la intervención	36
4.1. <i>Entrevista Motivacional</i>	36
4.1.1. Definición	36
4.1.2. Modelo de etapas del cambio	36
4.1.3. Aplicaciones en psicología de la salud	39
4.2. <i>Relajación autógena</i>	39
4.2.1. Definición	39
4.2.2. Fundamentos	39
4.2.3. Aplicaciones en el área de la salud	40
4.3. <i>Entrenamiento en solución de problemas</i>	42
4.3.1. Definición	42
4.3.2. Modelo de Entrenamiento en solución de problemas	42
4.3.3. Aplicaciones del entrenamiento en solución de problemas en salud	44
Capítulo 5. Calidad de Vida en relación con la salud	46
5.1. Definiciones	46
5.2. Medición de la calidad de vida en relación con la salud	46
5.3. Implicaciones en problemas de salud	47

	Pág.
Capítulo 6. Implementación de una intervención en la modalidad de terapia cognitivo-conductual breve y comparación con la intervención Institucional: <i>Presentación de seis estudios de caso controlados</i>	51
Casos que recibieron terapia cognitivo conductual breve	51
Objetivos generales	51
Objetivos particulares	51
MÉTODO	52
Participantes	53
Diseño	53
Materiales e instrumentos	53
Escenarios	56
Variables	56
Indicadores Adicionales	58
Procedimiento	58
CAPITULO 7	60
Resultados	
Casos 1, 2 y 3: Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual Breve	61
Caso 1 (TCCB)	61
Caso 2 (TCCB)	72
Caso 3 (TCCB)	84
	95
Caso 4 (II)	95
Caso 5 (II)	101
Caso 6 (II)	107
Contraste de los puntajes pretest y postest en ambas intervenciones	115
Indicadores adicionales y validez social	128
CAPITULO 8	131
Discusión	
Referencias	140
Apéndices	153
A. Desarrollo y propiedades psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A)	153
B. Confiabilidad y validez del Inventario de Calidad de Vida Pediátrica (PedsQL) Forma general	163
C. Carta de consentimiento informado	173
D. Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A)	174
E. Cuestionario para padres I-VS	179

F. Manual de Intervención

181

Tablas

197

Figuras

199

Resumen

Esta disertación doctoral tuvo como propósito indagar los resultados de una intervención psicológica respecto a algunas variables de ajuste psicosocial, en la modalidad de terapia cognitivo conductual breve, dirigida a adolescentes con leucemia aguda, dentro de una institución hospitalaria.

Para tales fines, se compararon los resultados obtenidos tras aplicar una intervención cognitivo conductual breve, con la intervención habitual. Se midieron los sucesos de vida en el último año, las estrategias de afrontamiento utilizadas, síntomas de ansiedad y depresión, así como la calidad de vida relacionada con la salud, algunos indicadores adicionales y la validez social.

La muestra definitiva consistió en seis pacientes, con edades entre 13 y 18 años, con diagnóstico de leucemia aguda. Se aplicó un diseño de caso único controlado ABA, con línea base única y tres réplicas para cada condición terapéutica, así como algunas medidas repetidas.

Los resultados mostraron perfiles normales respecto de los sucesos de vida; en los síntomas emocionales, la ansiedad disminuyó en los participantes que recibieron la intervención cognitivo conductual breve, y los síntomas de depresión no mostraron modificaciones significativas en ambos grupos. El contenido verbal de las sesiones, mostró que los pacientes que recibieron la intervención cognitivo conductual breve modificaron las cogniciones acerca de la enfermedad, aprendieron a manejar los problemas derivados de la leucemia y lograron tener un mejor control de los síntomas físicos secundarios. La calidad de vida se mantuvo en niveles óptimos o con mínimo deterioro en esta muestra.

Respecto a los indicadores adicionales y la validez social, en ambas muestras, se percibió mejoría, utilidad y satisfacción con las intervenciones. Los padres de los participantes que recibieron la intervención cognitivo conductual breve informaron mejor disposición y adherencia al tratamiento médico. Excepto un caso, no hubo recurrencia al servicio de salud mental.

La similitud en los resultados en ambas intervenciones, proporciona sustento empírico para diseñar e implementar un modelo de atención escalonada en la población de estudio. No obstante, hay que considerar en estudios posteriores que las diversas dificultades metodológicas, prácticas, institucionales y éticas en esta investigación, que tuvieron un efecto en el tamaño y la equivalencia de las muestras.

A pesar de esas limitaciones, es importante enfatizar algunos aspectos, como son: la medición de la calidad de vida y la inclusión de medidas de validez social y algunos indicadores adicionales; las ventajas de la intervención psicológica sobre la no-intervención; la utilidad de las intervenciones psicológicas breves para el adolescente con leucemia para disminuir el sufrimiento físico y psicológico; así como la aplicación de la terapia cognitivo conductual breve para fortalecer la adherencia al tratamiento médico.

Además, esta investigación tuvo la valía de rescatar los aspectos cualitativos de la intervención como una alternativa metodológica para verificar la significancia clínica, a pesar de que no se verificaron cambios estadísticamente significativos en la mayoría de las variables estudiadas. Posiblemente, la dirección del cambio clínico en esta tesis se enfocó a la conservación de habilidades para promover el mantenimiento de la salud mental y la calidad de vida, por lo que se sugieren réplicas posteriores de las intervenciones, para confirmar los resultados.

Por último, estos hallazgos aportan evidencia para la investigación en la psicología clínica, respecto a la utilización del diseño de caso controlado, como alternativa para la investigación de resultados en escenarios clínicos con muestras intencionales, que coadyuven al avance de la práctica psicológica.

Justificación

A pesar de que el cáncer es un padecimiento que puede presentarse en cualquier etapa de la vida y existe una amplia literatura en relación con el funcionamiento psicosocial del cáncer y las aportaciones de la Medicina Conductual en el manejo de la sintomatología asociada a este padecimiento médico y los tratamientos de cirugía y quimioterapia habituales, en su mayoría se han referido a los adultos. Con frecuencia, en los reportes estadísticos de las diversas organizaciones e instituciones de salud, los adolescentes aparecen como una población mixta, mezclada con la población infantil o con los adultos. Al respecto, Neinstein (1996) estima que entre un 10 y 20 % de adolescentes viven con una condición de salud crónica.

En el caso de la psicología pediátrica, los estudios que han evaluado muestras de pacientes con leucemia, generalmente incluyen muestras mixtas de niños, adolescentes y ocasionalmente adultos jóvenes, sin considerar las variaciones en el funcionamiento psicosocial específicas a cada etapa del desarrollo. De la misma manera, una mayor proporción de los anteriores miden los atributos a través de los informes de los padres en sus diversas variantes, pero no directamente a los adolescentes.

En México, a la fecha existen escasas referencias de intervenciones psicológicas empíricas para adolescentes con leucemia, de tal manera que el psicólogo inserto en la Institución de salud o en la organización no gubernamental trabaja de manera casuística y generalmente cuando existe un cuadro clínico notorio. Lo anterior ocasiona dificultades para cubrir la demanda de atención de estos pacientes, además de los costos elevados que conllevan los tratamientos psicológicos.

Por lo anterior, se compararon los resultados de una intervención cognitivo conductual breve, con la intervención habitual proporcionada en una Institución de salud. Esto tuvo como finalidad, promover el ajuste psicológico de esta población, mejorar la calidad de vida y disminuir el sufrimiento psicológico.

Puesto que la investigación se realizó en población de adolescentes, se abordarán los antecedentes teóricos relevantes a la misma. Así, se presenta un breve resumen del concepto de adolescencia y los factores asociados a esta etapa de la vida.

CAPITULO 1.

Adolescencia y Estrés

1.1. Adolescencia

Existe un acuerdo general en cuanto a concebir la adolescencia como una etapa del ciclo vital, aunque distintos enfoques varíen en los periodos de tiempo en los que transcurre y en la manera de caracterizarla. Erika Frydenberg tiene un particular punto de vista para definir la adolescencia. De acuerdo con ella, *“es un periodo entre la niñez y la adultez cuando el individuo se confronta por una serie de obstáculos y pruebas de desarrollo”* (Frydenberg, 1999, pág. 6).

La adolescencia se integra de cambios físicos, cognitivos y psicológicos, que imponen al individuo tareas normativas, como son: el desarrollo de la identidad, los primeros intentos por independizarse emocionalmente de la familia, lograr pertenecer a un grupo de iguales, elegir una ocupación laboral, por denominar algunas. En contraparte, también es un periodo en donde el adolescente puede estar expuesto a situaciones extraordinarias, tales como: la relación con los padres tras el divorcio, la aparición de enfermedades en algún miembro de la familia, entre otros.

La investigación de la adolescencia se puede agrupar en dos tendencias: la perspectiva de desarrollo y la perspectiva del ciclo vital. En la perspectiva del desarrollo el adolescente se sitúa dentro de un núcleo familiar, centrándose en la madurez del individuo, los conflictos que enfrenta y la identificación con otros. Esta vertiente se sustenta en las teorías psicodinámicas y la teoría del aprendizaje social.

1.2. Modelo del Ciclo Vital

La perspectiva del ciclo vital sitúa a la adolescencia como el resultado del desarrollo infantil y la transición a la adultez, formando parte del continuo de la vida. Según esta vertiente el desarrollo está relacionado de manera

recíproca con el contexto social, escolar y familiar del individuo, los cuales varían a través del tiempo y los diversos contextos en los que está inmerso (Kendall, Butcher y Holmbeck, 1999).

De acuerdo con esta perspectiva, al estar sumergidos en condiciones medio-ambientales que no son las adecuadas para el desarrollo normal, los adolescentes pueden estar en riesgo de presentar problemas en el ajuste psicosocial.

1.3. Adolescencia y problemas de salud

Steinberg (1999), menciona tres categorías amplias de los problemas más comunes en la adolescencia: el abuso de sustancias psicoactivas, los trastornos internalizantes y los externalizantes. Los trastornos internalizantes se refieren a aquellos problemas que la persona vuelca hacia sí mismo y que se manifiestan como sufrimiento cognitivo y emocional, siendo los cuadros sintomatológicos más frecuentes los trastornos de ansiedad y depresión. Por otro lado, los trastornos externalizantes son aquellos donde los problemas de la persona se vuelcan hacia el exterior y se manifiestan como alteraciones en la conducta (Achenbach, 1990).

Frydenberg (1997) supone que el incremento en los problemas durante la adolescencia está relacionado con la alienación de la familia, abuso parental, nivel socioeconómico bajo y oportunidades de empleo limitadas. En cuanto a los problemas de salud, el estrés es un factor que incide de manera importante en los cuadros de depresión y trastornos alimentarios. En este sentido, el grado de autoeficacia percibida puede funcionar como factor de riesgo o protector.

Ahora bien, emplazándonos en el extremo del continuo entre la normalidad y la gravedad de la psicopatología, en los adolescentes los trastornos más graves son la depresión y el suicidio, cuya incidencia ha ido en aumento (Steinberg, 1999).

Debido a que se ha visto que los estresores y los sucesos de vida son fuentes importantes de estrés y psicopatología en los adolescentes sanos y más aún en los que tienen alguna enfermedad física, a continuación se hará referencia a los mismos.

1.4. Estrés en la adolescencia

Debido a que la adolescencia es un periodo crucial, donde el individuo está sometido a cambios en la interacción con las figuras de autoridad, así como los pares, los roles que le plantea el núcleo familiar y las expectativas sociales. Esto conlleva poner a prueba los recursos internos y sociales para afrontar los estresores (Seiffge-Krenke, 1995). En este sentido, es importante abordar brevemente los conceptos de suceso de vida, estresor y sus implicaciones en la salud del adolescente.

1.5. Sucesos de vida y estresores

Los estresores son toda clase de situaciones extraordinarias que afectan a los individuos y que afectan su vida cotidiana. En general se considera que existen estresores normativos (p. ej., los exámenes académicos) y estresores no normativos, como en el caso de la separación de los padres, cambiar de domicilio (Raviv, Keinan y Abazon, 1990) o tener a un miembro de la familia enfermo, por mencionar algunos (Compas, Slavin, Wagner y Vannatta, 1986; Compas, Wagner, Slavin y Vannatta, 1986; Davis y Compas, 1986; Compas, 1987; Compas, Davis, Forsythe y Wagner, 1987; Frydenberg, 1997, Seiffge-Krenke, 2000; Moos, 2002).

1.6. Estrés en la adolescencia y su relación con los problemas de salud

Coleman (1993) ha desarrollado el modelo focal de la adolescencia, que describe el papel del estrés en la adolescencia. Según esta aproximación, el adolescente se centra en determinado tipo de relaciones, sin que exista un patrón específico para cada edad cronológica. En tal caso, no existen problemas normativos a cada edad, sino que depende de la importancia que un problema determinado tiene subjetivamente. Otro aspecto importante que puntualiza este modelo, es que los adolescentes resuelven las situaciones estresantes una a una, y cuando tienen que enfrentarse a múltiples problemas, pueden surgir los problemas de adaptación, puesto que no tienen la habilidad para hacerles frente.

En relación con las investigaciones que se han hecho respecto a los sucesos de vida, la mayoría de los estudios han mostrado que los sucesos mayores aunque son de mayor intensidad, suelen mover los recursos personales y sociales del individuo y promover un ajuste rápido ante el problema; además, suelen tener una duración relativamente corta. Los sucesos menores tienen un mayor impacto en la adaptación psicosocial del adolescente, debido a que son eventos que se repiten durante intervalos de tiempo y que van desgastando al individuo, a la familia, así como los recursos sociales con los que contaba inicialmente. Su cronicidad podría estar asociada a síntomas de ansiedad y depresión.

De manera similar a las investigaciones realizadas con adultos, los estudios de sucesos de vida se enfocaron en un principio a los sucesos de vida mayores. En este sentido, algunos estudios sugieren que los sucesos de vida son una fuente de estrés en poblaciones normales y clínicas con problemas emocionales y conductuales concomitantes (Seiffge-Krenke, 1993). Las correlaciones entre los sucesos de vida y los problemas emocionales y conductuales varían entre .20 y .40, correspondiendo a aquellos que se han reportado en los estudios de adultos (Thoits, 1983; Seiffge-Krenke, 1998). De igual manera, también existen estudios que documentan ampliamente el impacto negativo de los sucesos normativos negativos en la salud de los adolescentes (Kardum y Krapic, 2002).

Aunque hay estudios que indican que los diferentes tipos de estresores están asociados con efectos negativos en la salud, las relaciones entre los diferentes tipos de sucesos y la sintomatología continúan siendo poco claras (Seiffge-Krenke, 2000), debido a que los sucesos de vida mayores por definición ocurren con escasa frecuencia, no parecen ocasionar "efectos latentes" y pueden ser amortiguados por el apoyo social (Gore y Aseltine, 1995).

En algunos estudios, como el de Compas, Howell, Phares, Williams y Giunta (1989), se midió el impacto de los sucesos de vida mayores y menores en un periodo de 9 meses, encontrando que la relación entre los sucesos de vida referidos y los auto informes de sintomatología fue significativa en la segunda medición, aportando el estrés el 11% de la varianza en la sintomatología después de controlar los niveles iniciales de síntomas. Posteriormente, los sucesos de vida predijeron problemas emocionales y conductuales nueve meses después, aportando el 2% de la varianza, al controlar nuevamente la sintomatología inicial. Los análisis de los datos en

la segunda medición indicaron que los eventos cotidianos en vez de los mayores fueron predictores de problemas emocionales y conductuales.

En cuanto a la función que tiene el estrés como predictor de desajuste emocional, existen dificultades en la concordancia de las medidas de auto informe en las diversas fuentes de información, como en el caso de padres e hijos. Por ejemplo, Compas et al (1989) indican que es necesario considerar que existen variaciones en estudios que consideran el estrés como predictor de desajuste emocional, según la fuente de información que refieren, por ejemplo: es distinta la percepción de los hijos y los padres, o de un tercero, como es el caso del profesor en el ámbito escolar.

Por otra parte, también existen factores relacionados con la vulnerabilidad al estrés, como es la resiliencia o resistencia al estrés (Wyman, Sandler, Wolchik y Nelson, 2000), la pobreza, la psicopatología parental, maltrato por parte de los padres, temperamento del niño y predisposición biológica a un trastorno en particular. Al respecto, Bond y Compas (1989) mencionan cinco probables fuentes de vulnerabilidad en los adolescentes: a) estilos y estrategias de afrontamiento; b) edad o nivel de desarrollo; c) género y características personales relacionadas con el género; d) factores sociales y cognitivos, incluyendo las percepciones de competencia personal; y, e) el estrés y los síntomas experimentados por los miembros de la familia.

En otro estudio donde se exploraron las diferencias de género en la presencia, gravedad y relación con la presencia de estresores y las estrategias de afrontamiento de una muestra de adolescentes, se halló que el estrés, la relación con la madre, la imagen corporal negativa y las estrategias de afrontamiento evitativo se relacionaron con la presencia de sintomatología depresiva. En otro aspecto, hallaron que en el caso de las mujeres la maduración biológica temprana se asoció con mayores niveles de depresión (Seiffge-Krenke y Stemmler, 2002).

En un estudio realizado por Wagner, Compas y Howell (1988), se encontró que las mujeres adolescentes refieren más eventos negativos con mayor frecuencia que los hombres. Además, las adolescentes tempranas indican mayor frecuencia de estresores relacionados con su red social, con la familia, los pares y relaciones íntimas. Las adolescentes en etapa intermedia reportaron la aparición de más estresores en relación con la red social e intimidad, en tanto que en la adolescencia tardía refieren más estrés respecto a las redes sociales que los hombres. Sin embargo, no hay datos concluyentes en relación con el papel de sexo como moderador en la frecuencia de los estresores.

En relación con los adolescentes en la población mexicana, Lucio, León, Durán, Bravo y Velasco (2001) encontraron que no hay diferencias en la frecuencia de sucesos de vida estresantes en relación con el género, pero en los hombres de mayor edad, existe una mayor frecuencia de eventos estresantes.

Es curioso que existan escasos estudios que hayan explorado cómo afectan los sucesos de manera longitudinal y en este sentido, son relevantes las aportaciones que hacen Compas y Seiffge-Krenke, puesto que dan una clara idea de cómo la percepción de un acontecimiento como un suceso de vida negativo y el sufrimiento aunado tienen influencia sobre la manera en la que afrontan sus problemas y en consecuencia, esto se evidencia en el desarrollo posterior del adolescente y las alteraciones psicosociales resultantes.

1.7. Ajuste psicosocial de los adolescentes con enfermedad crónica

De acuerdo con Seiffge-Krenke (1998), en los adolescentes que presentan una enfermedad crónica hay factores específicos que se relacionan con la conservación de la salud en cada una de las fases del desarrollo individual, los cuales pueden afectar la adherencia al tratamiento, la cooperación para el cuidado de la salud y la habilidad para afrontar la enfermedad, debido a que se encuentran en una fase de desarrollo donde el tratamiento de una enfermedad puede alterar o dificultar las tareas normativas. Uno de los problemas en la evaluación de la salud mental en los adolescentes, consiste en determinar cuáles son las conductas, afectos y estrategias de afrontamiento adecuadas para esta población, lo que ha conllevado al empleo de datos obtenidos en poblaciones adultas.

En este sentido, se ha encontrado que los datos epidemiológicos indican una baja incidencia de padecimientos crónicos en la adolescencia. No obstante, la capacidad individual del adolescente para afrontar los estresores puede resultar rebasada cuando se suman los sucesos estresantes normativos a la propia edad y estadio del desarrollo (Seiffge-Krenke, 2001). Al respecto, existen pocos estudios que aporten datos.

Otros estudios se han enfocado en explorar la relación médico-paciente y su relación con el ajuste psicosocial. Por ejemplo: Miller, Drotar, Burant y Kodish (2005) realizaron un estudio para explorar cómo era el

consentimiento informado en ambientes pediátricos, la comunicación con el personal, así como la identificación de las barreras para la comprensión de los padres. Los autores encontraron que el grupo racial de los padres y el nivel socioeconómico fueron predictores de la comunicación entre padres y médico, la ansiedad de los padres y el control como resultado de la entrevista para el consentimiento informado y el entendimiento de los padres. La información que proporciona el clínico y la construcción de la colaboración predijeron la participación de los padres durante la entrevista para el consentimiento informado.

Así mismo, una importante proporción de trabajos realizados con niños y adolescentes que padecen enfermedades crónicas se han centrado en explorar el ajuste psicológico y la psicopatología que se presenta como consecuencia de la enfermedad en la familia y los padres (Bernard, et al., 2002; Morris, Blount, Cohen, Frank, Madan-Swain y Brown, 1997; Sharan, Mehta y Chaudhry, 1999), estrés postraumático y apoyo social en sobrevivientes de leucemia y sus padres (Kazak, Bakarar, Meeske, Christakis, Meadows, Casey, et al. (1997), funcionamiento familiar (Kazak, Boyer, Brophy, Johnson, Scher, Covelman y Scout, 1995) y funcionamiento psicosocial de los hermanos (Houtzager, Grootenhuis, Hoekstra-Weebers, Caron y Last, 2003).

Crnic y Greenberg (1990) encontraron una relación entre el estrés de los padres y la disminución en el número de interacciones adecuadas entre padres e hijos. Así mismo, la depresión materna se ha relacionado con la percepción de niveles elevados de problemas de conducta o menor competencia (Webster-Stratton, 1990).

Ahora bien, se han reportado estudios de programas individuales de intervención en niños que han desarrollado síntomas de ansiedad generalizada tras la exposición reiterada a procedimientos invasivos (p.ej: Strokes, 1999), siendo frecuente el empleo de la psicoeducación, el modelado, de la relajación en sus diferentes modalidades, distracción conductual y cognitiva, autorregistros y registros observacionales, así como diversas estrategias de afrontamiento (Salas, Gabaldón, Mayoral, Guerrero y Amayra, 2002; L Horne y Vatmanidis, 1994). Se han utilizado con menos frecuencia las técnicas derivadas del autocontrol y autoeficacia.

Otra vertiente ha sido el estudio del dolor crónico, como el que hicieron Eccleston, Crombez, Scotford, Clinch y Connell (2004), quienes hallaron que

los adolescentes con dolor crónico con frecuencia muestran incapacidad física severa y sufrimiento emocional. Al respecto, reportaron niveles elevados de depresión y ansiedad, en tanto que los padres refirieron niveles elevados de depresión, ansiedad y estrés. Los mejores predictores de sufrimiento emocional en los adolescentes fueron la magnitud en la cual los adolescentes tendieron a catastrofizar y buscar el apoyo social para afrontar el dolor. No hubo predictores claros de ansiedad parental o depresión, pero, el patrón específico del estrés parental fue predicho mejor a menor edad del adolescente, por la mayor cronicidad del problema y por la gravedad y extensión de la depresión del adolescente. Estos hallazgos sugieren que el afrontamiento emocional es una variable que interviene de manera importante en el sufrimiento del adolescente que padece dolor crónico.

Ahora bien, en relación con el ajuste psicosocial en población pediátrica, Thompson y Gustafson (1996), efectuaron una revisión de la investigaciones relacionadas con el ajuste infantil tras padecer una enfermedad crónica, concluyendo que los niños se encuentran en riesgo de presentar dificultades en el ajuste psicológico, especialmente en tres áreas: a) ajuste emocional y conductual, autoestima; b) ajuste social y relaciones con pares; y, c) ajuste escolar y rendimiento académico.

Meijera, Sinnemaa, Bijstrab, Mellenberghc y Woltersa (2002), efectuaron un estudio para examinar cómo los estilos de afrontamiento y el locus de control contribuyen a la predicción del ajuste psicosocial en adolescentes con una enfermedad crónica. Midieron el ajuste psicosocial, la autoestima general y problemas de conducta en 84 adolescentes de edades entre 13 y 16 años con enfermedad crónica. Utilizaron la regresión lineal para presentar los factores sociodemográficos (incluyendo edad y género) y el procesamiento de los factores de estrés (estilo de afrontamiento y locus de control) como variables predictivas. Los resultados indicaron que los estilos de afrontamiento se relacionaron con la mayor parte de los aspectos de ajuste social. Los estilos de afrontamiento "búsqueda de apoyo social" y "confrontación" fueron los predictores importantes de ajuste social positivo; el estilo de afrontamiento "depresión" fue un predictor de escaso ajuste, en otras palabras baja autoestima y elevada ansiedad social. La evitación y el locus de control no se encontraron estrechamente relacionados con el ajuste psicosocial.

CAPITULO 2

Afrontamiento

2.1. Definición

Los pioneros del estudio del afrontamiento son Lazarus y Folkman, quienes desde fines de la década de 1960 hicieron los primeros intentos en definirlo. El modelo transaccional de estrés tal como lo conciben estos autores, representa a la referencia teórica más citada. Desde esta perspectiva, el afrontamiento se define como: *“los esfuerzos cognitivos y emocionales para manejar demandas específicas internas o externas que son percibidas como demandas o que exceden los recursos de una persona”* (Lazarus, 1991, pag. 112).

La evaluación del estresor es el componente distintivo de esta aproximación. Según este modelo, cuando se presenta una situación estresante, se efectúa una primera evaluación de la situación como amenazante o no amenazante (evaluación primaria), en caso de percibirse amenazante, se hace una segunda evaluación (evaluación secundaria), donde la persona determina si cuenta con los recursos para afrontarla y como consecuencia, se genera una respuesta dirigida al estresor.

2.2. Desarrollo del concepto

Frydenberg (1999), indica que la teoría del afrontamiento constituye la consolidación de tres corrientes de investigación de la psicología contemporánea: la interacción entre la persona y el ambiente, las teorías que consideran la autoeficacia del individuo y el optimismo, así como las que la conciben como un proceso de aprendizaje dentro del contexto social.

Cabe mencionar que al igual que sucede con la mayoría de los modelos y teorías psicológicas, al aumentar el cuerpo de conocimientos empíricos que los

sustentan, el modelo transaccional ha tenido modificaciones desde sus inicios. Inicialmente contenía elementos de las teorías psicodinámicas, posteriormente consideró variables cognitivas derivadas de la teoría del aprendizaje social, específicamente de la autoeficacia y el autocontrol. A la postre, Lazarus (1999a) consideró la esperanza, definida en términos de la creencia de que algo positivo ocurrirá, a pesar de que sea prácticamente imposible de que se presente, y que aunque necesite de la cognición, va más allá del optimismo.

Aunque el modelo transaccional que desarrollaron Lazarus y Folkman (Lazarus y Folkman, 1987, 1984; Lazarus, 1999b) es referencia obligada en el estudio del afrontamiento y de hecho, es el más citado en la literatura existente, hay distintas aproximaciones teóricas que han desarrollado sus propios modelos e instrumentos para cuantificarlo.

Así, una perspectiva es la psicodinámica, que se centra en la manera en que se resuelven los conflictos con base en el control de los impulsos y la prueba de realidad, a través de los mecanismos de defensa.

Otra vertiente es la del ciclo vital que involucra la maestría y las transiciones del desarrollo. La perspectiva evolutiva y la cognitiva conductual se centran en la solución de problemas, en tanto que la perspectiva sociocultural y ecológica considera el afrontamiento como la adaptación al ambiente.

Una vertiente final la constituye la perspectiva integrativa, que considera al afrontamiento como un componente de las capacidades del individuo, que interactúan en conjunción con diversos recursos para hacer frente a las demandas del ambiente.

Dentro de los factores cognitivos relacionados con el afrontamiento, toman un papel preponderante las propias percepciones de competencia. Así, los adolescentes que se perciben poco competentes en un área determinada, es probable que estén expuestos a una mayor cantidad de estresores, lo cual puede repercutir en problemas conductuales o emocionales, estrés académico y en las relaciones interpersonales (Compas, Slavin, Wagner y Vannatta, 1986; Compas, Wagner, Slavin y Vannatta, 1986). Así mismo, pueden ser

poco hábiles para afrontar de manera activa las situaciones a través de la solución de problemas.

El modelo de indefensión aprendida, versus optimismo aprendido, explica desde otro marco conceptual la relación entre la cognición y el afrontamiento (Peterson, Maier y Seligman, 1993). De acuerdo con el modelo de indefensión aprendida, la valencia que da cada persona a las situaciones negativas que se le presentan (estilo atribucional) y la exposición reiterada a estos eventos negativos durante un lapso considerable de tiempo pueden originar desesperanza y pasividad. La cronicidad de esta situación daría lugar a cuadros de depresión y agresividad.

La contraparte de la desesperanza es el optimismo aprendido, que se define como una expectativa general de que ocurrirán resultados positivos, especialmente en situaciones difíciles o ambiguas. Basado en este modelo teórico se diseñó un programa para prevenir la depresión en niños (Gillham, Reivich, Jaycox, y Seligman, 1995; Seligman, 1995).

De manera relativamente reciente, el afrontamiento como constructo se ha ido enriqueciendo de otras teorías y modelos, como son: la teoría de la autoeficacia, los modelos de autocontrol y del cambio, así como el optimismo y la desesperanza aprendida.

Así mismo, Lazarus hizo modificaciones a su modelo y en sus últimos trabajos consideró un factor difícil de cuantificar como es la esperanza, pero que puede tener importantes implicaciones para afrontar las situaciones adversas (Lazarus, 2003; 1999a).

2.3. Modelos de afrontamiento en adolescentes

Aunque existan diversas formas de concebir el afrontamiento, un problema importante es que la mayoría han sido desarrollados a través del estudio de poblaciones de adultos, pero no así en otras etapas del ciclo vital, aunque en algún momento consideren que el afrontamiento se va construyendo desde

etapas tempranas, difícilmente tienen propuestas o datos empíricos de cómo verificar estos supuestos.

A diferencia de los modelos anteriores, otros autores se han centrado en el estudio de poblaciones de adolescentes. Compas, Frydenberg, Moss, Weisz y Seiffge-Krenke, han hecho importantes aportaciones en este sentido.

Compas (1998) sostiene que el progreso en el entendimiento de los patrones básicos del afrontamiento en niños y adolescentes depende de dos factores. Primero, es esencial reconocer que el afrontamiento es parte de un amplio dominio de las formas en que los individuos responden al estrés.

Esto incluye tanto las respuestas de afrontamiento conductuales y las volitivas generados por el individuo, así como las respuestas al estrés involuntarias que están relacionadas cercanamente pero no son parte del afrontamiento.

Las respuestas involuntarias incluyen aquellas que están basadas en las diferencias individuales en temperamento, y aquellas que se aprendieron como resultado de la práctica repetida y no requieren un mayor control volitivo consciente.

Segundo, es importante entender cómo las relaciones entre los esfuerzos de afrontamiento y las respuestas involuntarias al estrés pueden cambiar en el transcurso del desarrollo, debido a las diferencias individuales en el temperamento. Estas características innatas posiblemente influyen los tipos de respuestas de afrontamiento que pueden ser adquiridas por el individuo.

Ahora bien, es probable que las relaciones entre temperamento y afrontamiento se modifiquen conforme los niños desarrollan mayores capacidades para la autorregulación de la cognición, conducta y emoción en respuesta al estrés.

En cuanto a las modificaciones que va teniendo el afrontamiento en el transcurso de las diferentes edades, algunos estudios sugieren que la edad de 15 años es el tiempo justo en el que se consolida el uso de estrategias funcionales para manejar el estrés.

Los adolescentes más grandes son más activos, con un repertorio más amplio de estrategias de afrontamiento y una mayor habilidad para ver los problemas desde múltiples perspectivas (Seiffge-Krenke, 1995). Así mismo, los estilos para afrontar el estrés que emergen durante la adolescencia temprana y media influyen en la manera en la que manejará los estresores nuevos durante la adolescencia tardía y en la transición a la adultez.

Seiffge-Krenke (1993) propuso un modelo de afrontamiento con enfoque en el desarrollo, derivado de estudios empíricos previos realizados con poblaciones normales. De acuerdo con esta autora, el afrontamiento está conformado por tres factores: afrontamiento activo (conducta manifiesta), afrontamiento interno (respuestas predominantemente cognitivas) y afrontamiento evitativo (respuestas encaminadas a evitar el estímulo).

Posteriormente, en otro estudio encontró dos factores predominantes: uno que contiene respuestas de tipo activo e interno y otro de respuestas predominantemente evitativas. Un tercer estudio hecho con muestras normativas reveló que la mayoría de los adolescentes afrontan las situaciones de manera competente y pueden manejar adecuadamente los diversos sucesos normativos (Seiffge-Krenke, 1995).

Seiffge-Krenke y Klessinger (2000) confirmaron estas asociaciones básicas y evidenciaron los efectos duraderos del afrontamiento evitativo en un periodo de tiempo de cuatro años. Todas las formas de afrontamiento evitativo, fueran constantes o no, estuvieron asociadas con niveles elevados de síntomas depresivos en la adolescencia media y tardía. Este modelo ha sido probado en población normal y clínica, en estudios transculturales (Seiffge-Krenke y Schulman, 1990; Seiffge-Krenke, 1992) y con adolescentes diabéticos (Seiffge-Krenke, 2001; Seiffge-Krenke y Stemmler, 2003).

De acuerdo con Compas (1998), el proceso de afrontamiento al estrés en la niñez y la adolescencia es un área de interés central para los investigadores que están centrados en las áreas básicas y aplicadas en el desarrollo.

En relación con los procesos básicos de desarrollo, la investigación en afrontamiento ofrece la oportunidad de entender aspectos fundamentales de regulación de la emoción, conducta y cognición.

El conocimiento obtenido de la investigación en afrontamiento, también es importante desde una perspectiva aplicada, a través de la identificación de habilidades y competencias que pueden ser implementadas como parte de las intervenciones para facilitar la adaptación en gente joven que está en riesgo de padecer problemas psicológicos y de salud como resultado de la exposición de estrés y a la adversidad de manera reiterada.

En relación con el afrontamiento en adolescentes, Compas (1998) ha identificado cinco factores en un modelo de afrontamiento: afrontamiento comprometido de control primario, afrontamiento comprometido de control secundario, afrontamiento no comprometido, respuestas involuntarias comprometidas y repuestas involuntarias no comprometidas. El autor menciona que los primeros tres factores que conforman los procesos de afrontamiento voluntario, en tanto que los otros dos son las respuestas involuntarias que aparecen bajo estrés y éstas no deben ser consideradas como afrontamiento, puesto que son respuestas del organismo para poder regularse y reducir la tensión, por lo que, de ninguna manera se trata de esfuerzos para afrontar alguna circunstancia estresante.

En este sentido Compas y su colaboradores (Connor-Smith y Compas, 2004; 2003; Connor-Smith, Compas, Wadsworth, Thomsen y Saltzman, 2000) han documentado el papel del afrontamiento y la reacción involuntaria al estrés en el estado de salud y la aparición de problemas de internalización, tales como ansiedad y depresión. Los datos que aportan son muy importantes, puesto que pudieron mostrar que el afrontamiento primario está relacionado de manera inversa con las respuestas involuntarias al estrés, como es la gravedad del dolor abdominal persistente en niños, y con la presencia de problemas de internalización.

Este modelo de afrontamiento cuenta con otras evidencias empíricas, como en el caso del estudio de Wadsworth, Rieckman, Benson y Compas (2004) quienes probaron la estructura factorial de las respuestas al estrés y el afrontamiento en adolescentes Navajos y examinaron la confiabilidad y validez del Cuestionario de Respuestas al Estrés (RSQ) basado en los factores de respuestas al estrés encontrados en adolescentes promedio. Confirmaron que los primeros tres factores conformaron los procesos de afrontamiento voluntario, en tanto que los otros dos son las respuestas involuntarias que aparecen bajo estrés.

Así mismo, midieron síntomas depresivos con una lista de chequeo basada en los criterios de trastorno depresivo mayor del DSM IV, el MMPI-A y el Children Depression Inventory. El afrontamiento de respuestas de control primario y secundario se asoció con menos síntomas depresivos en la muestra, mientras que las respuestas de afrontamiento evitativo y las respuestas de evitación involuntaria se asociaron con más síntomas depresivos. El modelo de ecuaciones estructurales mostró que los cinco factores del RSQ se confirmaron de acuerdo con el modelo teórico propuesto y se mostró que son predictores de síntomas depresivos latentes. En cambio, no encontraron diferencias significativas en relación con el género.

No obstante, no existe un claro consenso en relación con las dimensiones básicas en la cuales pueden distinguirse las respuestas de afrontamiento en niños y adolescentes. Algunas se han propuesto tomando como base: la función de la respuesta (centrada en el problema vs. Emoción) (Compas, Malcarne, y Fondacaro, 1988; Compas, Worsham, Ey y Howell, 1996), las metas del individuo (control primario vs. secundario) (Weisz, McCabe, y Dening, 1994), el método (cognoscitivo vs. conductual) (Ebata y Moos, 1991), la orientación de la respuesta (compromiso vs. no compromiso) (Tobin, Holroyd, Reynolds, y Wigal, 1989) y la naturaleza del proceso regulatorio involucrado (regulación conductual o emocional) (Skinner, 1995).

El nivel de desacuerdo y confusión acerca de las dimensiones básicas de afrontamiento se debe en parte a la ausencia de una definición clara del constructo en los adolescentes, puesto que cada modelo está integrado por aspectos distintos e incluso desde diferentes aproximaciones teóricas.

Nuestro entendimiento de la evolución de las respuestas de afrontamiento depende de los datos utilizados para el uso de diferentes estrategias de afrontamiento en etapas fundamentales del desarrollo. Por ejemplo, la emergencia de las habilidades cognitivas para el pensamiento abstracto e hipotético de la adolescencia tardía y la adultez, probablemente estará relacionada con el uso de estrategias de afrontamiento cognitivas más complejas durante estos periodos de desarrollo. De manera similar, el uso de redes sociales, las fuentes de información y el apoyo emocional está relacionado de forma más cercana con el cambio de la naturaleza de las interacciones sociales con los padres, hermanos y amigos durante la niñez y la adolescencia. Estas ligas básicas entre el afrontamiento y desarrollo no han sido exploradas; los estudios han examinado típicamente la edad más que indicadores directos del proceso de desarrollo (Band y Weisz, 1988).

Kavsek y Krenke (1996) investigaron los procesos de afrontamiento en los problemas cotidianos durante la adolescencia. El afrontamiento fue conceptualizado como un constructo de rasgo y como tal, se considera estable a través del tiempo. Se estudiaron dos grupos de adolescentes de distintas edades (11-16 años y 17-19 años). De acuerdo con estos resultados, los participantes más jóvenes utilizaron estrategias de aproximación y evitación. Sin embargo, en los adolescentes mayores, en la dimensión de aproximación estuvo diferenciado un componente conductual y otro cognoscitivo, mientras que la dimensión de evitación fue la misma. Los resultados también mostraron que las mujeres en ambos grupos de edad tuvieron valores significativamente más elevados en el afrontamiento orientado a la aproximación que los varones.

Además de los cambios que ocurren en el afrontamiento a través de las etapas del desarrollo, se requiere analizar los mecanismos que son responsables del aprendizaje de nuevas maneras de afrontamiento. Estudios recientes han establecido una asociación entre las características de los padres, incluyendo el estilo parental, las maneras de afrontar de los padres y el afrontamiento de los niños, así como el nivel socioeconómico, las estrategias de afrontamiento de los adolescentes y sintomatología emocional (González-Forteza, Villatoro, Pick y Collado, 1998).

Por otra parte, Frydenberg (1999; Frydenberg y Lewis, 1997) ha propuesto un modelo basado en 18 estrategias de afrontamiento obtenidas empíricamente: buscar apoyo social, concentrarse en resolver el problema, esforzarse y tener éxito, preocuparse, apoyarse en amigos íntimos, buscar pertenencia a un grupo, hacerse ilusiones, ausencia de afrontamiento, reducción de la tensión, acción social, ignorar el problema, autoinculparse, reservarlo para sí, buscar apoyo espiritual, fijarse en lo positivo, buscar ayuda profesional, buscar diversiones relajantes, recreación física. Así mismo, estas estrategias se agrupan en tres estilos básicos de afrontamiento: dirigido a la resolución del problema, afrontamiento en relación con los demás y afrontamiento improductivo. Estos autores coinciden en que las estrategias de afrontamiento cumplen una función importante en el ajuste psicosocial y su déficit pueden estar relacionados con la aparición de sintomatología ansiosa y depresiva desde la preadolescencia.

2.4. Afrontamiento en adolescentes con enfermedades crónicas

Aunque la mayoría de los trabajos existentes en afrontamiento de adolescentes con enfermedades crónicas se desarrollaron basándose en el modelo transaccional de Folkman y Lazarus (1988), de manera reciente algunos autores han tratado de desarrollar modelos propios, como los que se exponen a continuación.

Partiendo de la perspectiva integrativa del afrontamiento, Moos (2002) ha desarrollado un modelo de afrontamiento que trata de integrar los factores personales y sociales que se encuentran implicados en la adaptación del adolescente con enfermedades crónicas (Figura 1). Está construido con base en los primeros modelos de factores de riesgo y resistencia asociados al ajuste psicosocial de los adolescentes y los trastornos crónicos.

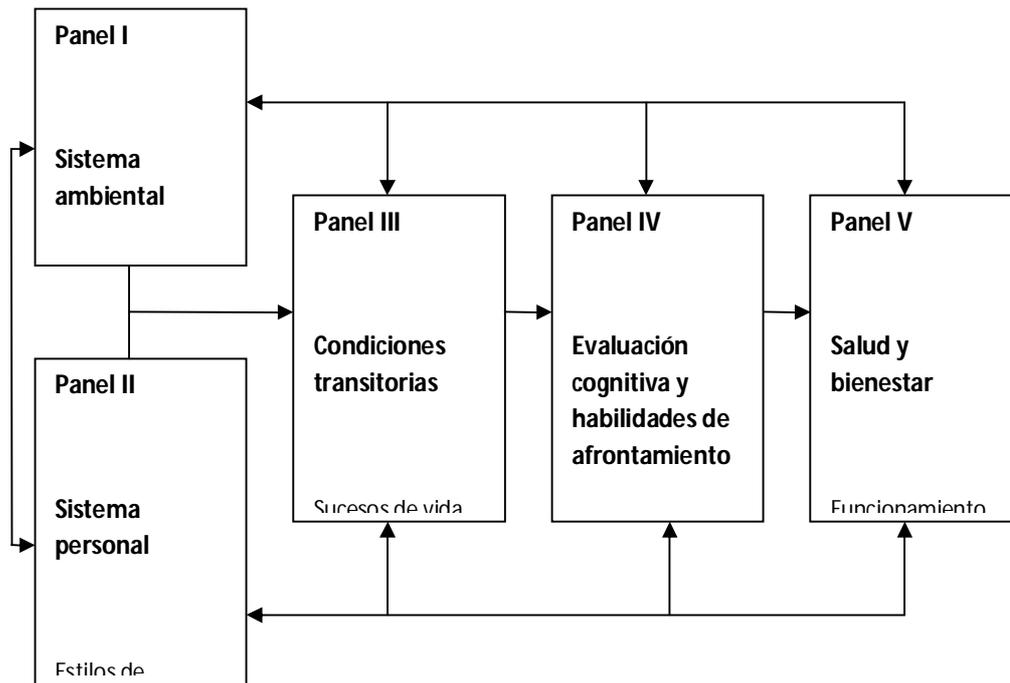


Figura 1. Modelo de interrelaciones entre el sistema ambiental, el sistema personal, las habilidades de afrontamiento y la adaptación. Traducido de Moos (2002, pág. 23)

Como se puede ver en la Figura 1, esta propuesta considera que el sistema ambiental (Panel I) está compuesto de condiciones relativamente estables en las áreas específicas que son importantes para los adolescentes, las cuales incluyen el clima familiar, los eventos vitales y los recursos sociales. El Panel II corresponde al sistema personal, que representa las características biogenéticas y los recursos personales, tanto intelectuales como cognitivas, de competencia y autoconfianza, optimismo y extroversión.

El Panel I refleja los aspectos temporales del ambiente, mientras que el Panel III incluye condiciones transitorias, tales como los sucesos de vida y la participación en programas de intervención.

Considerando que estos dos grupos de circunstancias de vida juntos tienen mayor importancia y reflejan nuevos contextos que proveen oportunidades para el aprendizaje. El modelo parte de la premisa de que el continuo de los factores personales y ambientales antecedió a estas condiciones transitorias.

Estos tres grupos de factores conforman la evaluación y las estrategias de afrontamiento (Panel IV) y en última instancia, la salud y bienestar del adolescente. (Panel V). Las líneas bi direccionales en el modelo indican que estos procesos están interrelacionados y puede ocurrir la retroalimentación transaccional y recíproca en cada paso.

Esta integración reconoce que los adolescentes son agentes activos que seleccionan y se acomodan según su contexto social. Los factores personales y contextuales actúan en conjunción con las estrategias para afectar el funcionamiento psicosocial y la maduración, que se convierte en parte del sistema personal en la siguiente etapa de desarrollo.

Seiffge-Krenke, por otro lado, comenzó desde hace al menos dos décadas con el estudio de poblaciones normales y ha desarrollado una aproximación empírica del afrontamiento, que se ha confirmado con adolescentes que viven con Diabetes Mellitus tipo I (Seiffge-Krenke y Stemler, 2003; Seiffge-Krenke, 2001), con diversos estudios transversales y longitudinales. Mediante estas investigaciones se ha podido confirmar la importancia de afrontar de manera adecuada los estresores a los que está sujeto el adolescente con una enfermedad crónica, la manera en que afecta a la familia y a las tareas del desarrollo propias de la adolescencia.

En una investigación con población pediátrica que padecía enfermedades crónicas, Varni, Waldron, Gragg, Rapoff, Bernstein, Lindsley y Newcomb (1996) desarrollaron un instrumento para medir el dolor, correlacionándolo con otras variables como síntomas ansiosos y depresivos, además de problemas internalizantes y externalizantes, y autoestima. Hallaron que el afrontamiento dirigido a la solución del problema y la reformulación cognitiva del estresor, son estrategias de afrontamiento, que en la medida de que son empleadas con mayor frecuencia, se relacionan con menos síntomas de dolor, menor frecuencia de informes de dolor, tanto en los padres como en los pacientes, menor cantidad de síntomas de ansiedad y depresión, así como menor frecuencia de problemas de internalización.

En contraste, el uso de estrategias relacionadas con el permanecer acostado y solo, se relacionaron con informes más frecuentes de dolor, referidos tanto por

los padres, como por los mismos pacientes, mayor frecuencia de sintomatología ansiosa y depresiva, aunados a menor autoestima.

Por otro lado, las estrategias de autoinstrucción cognitiva (decirse a sí mismo que no hay dolor o no le afecta) y búsqueda de apoyo social, se asociaron con niveles elevados de ansiedad-rasgo y depresión.

2.5. Intervenciones para modificar el afrontamiento

La eficacia de las diversas intervenciones para modificar las respuestas de afrontamiento tiene importancia en la investigación básica y aplicada. Desde la perspectiva de la investigación básica, los resultados de las respuestas durante la infancia, adolescencia y adultez proveen información respecto a la relación del individuo y su ambiente durante estos diferentes puntos del desarrollo. Por ejemplo, si la eficacia de ciertos métodos de regulación emocional (ventilar emociones a través del llanto, búsqueda de consuelo y apoyo de los padres) presenta modificaciones de la niñez temprana a la adolescencia, esto podría proporcionar información acerca de los cambios entre el niño y su medio ambiente.

Desde un punto de vista aplicado, las intervenciones podrían estar sustentadas por datos de la relativa eficacia de distintas estrategias de afrontamiento, así como la manera en que éstas podrían modificarse para hacer al individuo más funcional, así como las que necesitarían reducirse. Por ejemplo, la evidencia indica que el afrontamiento evitativo es relativamente ineficiente para manejar el sufrimiento emocional y también podría estar relacionado con resultados pobres en salud (Epping-Jordan, Compas y Howell, 1994). Por lo tanto, las intervenciones pueden incluir componentes para reducir el uso de afrontamiento evitativo, considerado disfuncional, a la vez que se enseñan formas funcionales de afrontamiento.

La eficacia de las respuestas de afrontamiento depende de la naturaleza de las respuestas y del contexto en el cual se usa. Por ejemplo, está bien identificado que la eficacia del afrontamiento es una función de la respuesta (problema vs.

centrado en la emoción) y el control real o percibido de la situación (Compas, Forsythe y Wagner, 1988; Compas, Malcarne y Fondacaro, 1988; Compas, Howell, Phares, Williams y Ledoux, 1989). Los esfuerzos del afrontamiento centrado en el problema (por ejemplo, tratando de cambiar algo en relación con una relación estresante con otra persona o con otros en su propio ambiente social) están asociados con niveles bajos de sufrimiento emocional en relación con los sucesos de vida que son percibidos como controlables.

Por el contrario, el uso de respuestas orientadas al control secundario (por ej. La aceptación o generar un sentido de control vicario) están relacionadas con menor sufrimiento en respuesta a los eventos que se perciben como excedentes al control personal (Weisz, McCabe y Dennig, 1994).

Las intervenciones para optimizar el afrontamiento juegan un papel importante en la prevención y tratamiento de psicopatología. Los ejemplos incluyen las intervenciones para promover el uso del afrontamiento, como son los programas dirigidos a prevenir la depresión en jóvenes (e.g. Jaycox, Reivich, Gillham y Seligman, 1994), intervenciones para el tratamiento de trastornos de ansiedad (e.g. Kendall, Flannery-Schroeder, Panichelli-Mindel, Southam-Gerow, Henin y Warman (1997)). Así mismo, se han presentado los resultados de la evaluación controlada de la aplicación de un programa para modificar el afrontamiento y los síntomas emocionales en niños y adolescentes que padecen fibrosis quística (Davis, Quittner, Stack, y Yang, 2004). Estas intervenciones tienen el propósito de implementar habilidades para la solución de problemas y el manejo de emociones para facilitar la adaptación al estrés.

Aunque los hallazgos iniciales son promisorios, Compas (1998) sugiere que la eficacia de estas intervenciones podría optimizarse poniendo una mayor atención en la forma en que se hacen las intervenciones y en la maleabilidad relativa de diferentes respuestas al estrés. Indica que, podría ser contraproducente enseñar algunas estrategias de afrontamiento en ciertas edades si los niños no han desarrollado los recursos y las capacidades para implementar estas estrategias. Por ejemplo, el uso de algunos métodos de reestructuración cognoscitiva que involucran la habilidad de tomar decisiones alternativas y establecer supuestos pueden exceder las capacidades cognitivas de algunos niños.

De entre las enfermedades crónico-degenerativas que se presentan en la población pediátrica, los diversos tipos de cáncer presentan una de las incidencias más elevadas a nivel mundial y en México, por lo que en seguida presentaré un panorama epidemiológico.

CAPITULO 3

Leucemia

3.1. Definición de leucemia

La leucemia es una neoplasia no sólida. Ha sido definida como una proliferación neoplásica generalizada de uno de los tejidos leucopoyéticos, habitualmente ocurre una invasión de células malignas en la corriente sanguínea, que en algunos casos deviene en producción temprana o tardía de metástasis, con mayor o menor grado de desorganización de los tejidos invadidos (Salas, 1988).

De acuerdo con Ruiz (2001, p.181), "las leucemias agudas son un grupo heterogéneo de padecimientos que suponen una proliferación desordenada de una clona de células hematopoyéticas". La clasificación de los diferentes tipos de Leucemia Aguda (LA) se muestran en la Tabla 1.

Tabla 1. Clasificación de las Leucemias Agudas: clasificación morfológica (citado en: Ruiz, 2001, p.181)

Abreviatura	Nombre	Abreviatura	Nombre
LAL L1	Linfoblástica típica	LAM M3	Promielocítica hipergranular
LAL L2	Linfoblástica atípica	LAM M4	Mielomonoblástica
LAL L3	Parecida al linfoma de Burkitt	LAM M5	Monoblástica pura
LAM M0	Mieloblástica diferenciada mínimamente	LAM M6	Eritrileucemia
LAM M1	Mieloblástica inmadura	LAM M7	Megacarioblástica

Clasificación inmunológica. Por medio de esta clasificación se reconocen estirpes o tipos celulares, se establecen subgrupos inmunológicos en poblaciones normales y su contraparte leucémica y se definen poblaciones celulares con propiedades biológicas específicas. Así, se clasifican en LAL B (leucemia aguda linfoblástica B), LAL T (leucemia aguda linfoblástica T) y LAM (leucemia aguda mieloblástica) (Ruiz, 2001, p.181).

Clasificación citogenética. La clasificación citogenética se basa en las alteraciones cromosómicas presentes en la LAL y la LAM. (Ruiz, 2001, p.181). En relación con los protocolos de tratamiento que se llevan a cabo, se realizan en varias fases:

1. Inducción a la remisión. Es la primera parte del protocolo, en la cual se aplica quimioterapia intravenosa e intratecal para intentar destruir la mayoría de células leucémicas y recuperar la hematopoyesis normal y mejorar el estado de salud general del paciente.
2. Tratamiento post remisión. Tiene como objetivo destruir las células residuales que hayan sobrevivido, el esquema de quimioterapia se modifica, por lo que se aplican de manera cíclica diversos fármacos, los cuales tienen efectos secundarios.
3. Tratamiento preventivo de la leucemia meníngea. Se administra quimioterapia dentro de la médula espinal, aplicación intravenosa de metotextrato, citarabina, así como la aplicación de corticoesteroides. En escasas ocasiones se requiere recurrir a la radioterapia, salvo aquellos donde se ha comprobado la presencia de células cancerosas en el sistema nervioso central.
4. El tratamiento de continuación o mantenimiento de la remisión, tiene como objetivo destruir los últimos vestigios de leucemia residual, usando medicamentos que interfieren con la reproducción celular. Estos fármacos ocasionan con frecuencia disminución en la producción de células sanguíneas en la médula ósea. Se administra durante 2 a 3 años consecutivos, con frecuencia combinados con otros fármacos.

Una vez que se describió brevemente la definición, clasificación y tratamientos para la leucemia, en seguida se abordarán algunos datos epidemiológicos al

respecto Cabe mencionar que se incluyen datos de diversos tipos de cáncer, por así presentarse comúnmente en la epidemiología.

3.2. Aspectos epidemiológicos en poblaciones pediátricas

De acuerdo al National Cancer Institute (NCI, 2004), la leucemia linfoblástica aguda (LAL) es el cáncer más común en población pediátrica (23% de los diagnósticos de cáncer en niños menores de 15 años) con una incidencia anual de 30 a 40 por millón.

Según ese informe, en los Estados Unidos se diagnostican cada año aproximadamente 2 400 niños y adolescentes menores de 20 años, con un aumento gradual en la incidencia en los últimos 25 años. Así mismo, la incidencia es mayor entre niños de dos a tres años (>80 por millón por año), con tasas que disminuyen a 20 por millón entre niños de ocho a diez años de edad (NCI, 2004).

En pacientes de dos a tres años de edad es aproximadamente cuatro veces mayor que entre niños menores de dos años y casi diez veces mayor que entre los de 19 años de edad. Con base en sus datos estadísticos, en este país se ha encontrado la mayor incidencia en niños hispanos que equivale a 43 casos por cada millón de habitantes (NCI, 2004)

En relación con la población de los países europeos Gatta, Capocacciab, De Angelisb, Stillerc, Coeberghd y EURO CARE Working Group (2003) describieron la sobrevivencia de pacientes de 15 a 24 años, diagnosticados con cáncer en Europa durante el periodo de 1990-1994. Se obtuvieron los datos de 15 101 pacientes, extraídos de los registros de la base de datos EURO CARE-3, con pacientes de 20 países europeos.

La sobrevivencia de 5 años por diversos tipos de cáncer fue de 75% en hombres (variando de 59% en Estonia hasta 89% en Islandia) y 78% en mujeres (variando desde 59% en Estonia hasta 89% en Noruega). Los países del norte de Europa (excepto Dinamarca y Austria tienen los índices de

sobrevivencia más elevados, mientras que la supervivencia en los países del Este de Europa tuvieron los promedios más bajos. Dinamarca, Reino Unido y los países del centro de Europa tienen tasas intermedias (Gata y cols., 2003).

Los tumores hematopoyéticos fueron las malignidades más comunes y el tiempo de 5 años de supervivencia fue más elevado para la enfermedad de Hodgkin (89%), intermedia para el linfoma tipo no-Hodgkin (68%) y menor para la leucemia aguda linfoblástica (47%) y la leucemia aguda mieloblástica (39%). Los adolescentes (entre 15 y 19 años) tuvieron la peor supervivencia que los adultos jóvenes (20 a 24 años) para todas las malignidades (Gata y cols., 2003).

En otro estudio, Wu, Chen, Steele, Roffers, Klotz, Correa y Carozza (2003) examinaron la incidencia de cáncer en adolescentes y adultos jóvenes en los Estados Unidos de América. Se analizaron 26 registros de pacientes en centros de cáncer de 1992–1997.

Las neoplasias se agruparon en grupos específicos de diagnóstico y subgrupos usando un esquema de clasificación integrado, el cual se basó en estudios epidemiológicos. Se analizaron las distribuciones porcentuales y las proporciones específicas de incidencia por un millón de personas en adolescentes de 15 a 19 años y adultos jóvenes (20 a 24 años) por género (Wu, Chen y cols, 2003).

Estos autores revisaron los datos de 26,010 casos de cáncer de edades entre 15–19 años de edad, los cinco principales tipos de cáncer fueron la enfermedad de Hodgkin, la leucemia, cáncer en cerebro y otras partes del sistema nervioso, cáncer óseo y tumores tipo no Hodgkin. Entre los 20 y 24 años, los tipos más frecuentes fueron la enfermedad de Hodgkin, cáncer testicular, de tiroides, melanoma y leucemia (Wu, Chen y cols, 2003).

No obstante, entre los 15 y 19 años, la leucemia aguda constituyó aproximadamente el 60% en hombres y 50% en las mujeres. Entre los 20 y 24 años, los porcentajes correspondientes por sexo de Leucemia aguda linfocítica disminuyeron a 37% en hombres y 31% en mujeres. Se halló que los patrones

de incidencia de cáncer en los adolescentes y adultos jóvenes son distintos (Wu, Chen y cols, 2003).

En estos grupos de edad, se observó una transición de subtipos histológicos predominantemente pediátricos a subtipos adultos en la enfermedad de Hodgkin, leucemia, cáncer de ovario y sarcoma de tejidos blandos.

En México, el Sistema Nacional de información en salud, de la Secretaría de Salud (2008) reportó que hasta el 2002, la leucemia fue la segunda causa de defunciones del segmento de la población entre los 5 y 14 años, con una tasa de 2.71/100,000 habitantes, constituyendo el 8.7% de las defunciones en este segmento de la población.

En un informe elaborado por González, Rizo, Días, Álvarez, Lombardo, López, Chico, Solórzano y Ortega (2005), dentro de la población que atendió el Instituto Nacional de Pediatría, en el semestre de enero a junio de 2004, se presentaron 70 casos nuevos de leucemia, ocurriendo 16 de éstos entre 10 y 14 años (22.2%), disminuyendo a 4 casos en mayores de 15 años (5.7%) (ver Tabla 2).

Tabla 2. Casos nuevos de cáncer, enero a junio de 2004 (Tomado de González, Rizo, Días, Álvarez, Lombardo, López, Chico, Solórzano, Ortega, 2005)

Diagnóstico de ingreso	CIE 10 ^a Rev.	Grupos de edad								Subtotal	Total	Tasa			
		- 1 Año		1-4 Años		5-9 Años		10-14 Años					Mayores de 15 Años		
Casos nuevos en el INP															
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M	F	M		
1. Leucemia	M982		2	8	1	1	1	1	6	1	3	31	39	70	22.

					8	2	0	0							6
2. Linfoma	M9713	1		3	3	4	4	1	1	2		11	8	19	6.1
3. Osteosarcoma	M9180				2	1	6	2	6		3	3	17	20	0.6
4. Retinoblastoma	M9510			3	1							3	1	4	1.2
5. Rabdomiosarcoma	M8900	3					2		2			3	4	7	2.2
6. Meduloblastoma	M9470		1	1		4	2		1			5	4	9	2.9
7. Hepatoblastoma	M8970			1	1				2			1	3	4	1.2
8. Glioblastoma	M9380					3	3	4	2	2		9	5	14	4.5
9. Histiocitosis	M9720	1		4					1			5	1	6	1.9
10. Tumor Wilms	M8964			2								2		2	0.6
11. Tumor Germinal	M906				3			2	2		2	2	7	9	2.9
12. T. Nep y SNC	M9473		1	2	1	2	2	2	2		1	6	7	13	4.2
Otros		2	1			1	2					3	3	6	1.9
Total		7	5	24	29	27	31	21	25	5	9	84	99	183	59.1

*Tasa por cada 1000 egresos hospitalarios

CIE 10ª Rev. Código Internacional de Enfermedades, décima edición

Fuente: hoja diaria de admisión hospitalaria (m-03-07) y estudio epidemiológico

En relación con los reingresos hospitalarios por cáncer, la leucemia ocupó el primer lugar, siendo la frecuencia significativamente mayor que otros tipos de neoplasias, en el periodo de tiempo cercano al momento del trabajo con la población blanco de esta investigación (Tabla 3).

Tabla 3. Reingresos hospitalarios en el INP clasificados por diagnóstico de base y de ingreso, enero-junio 2004

A. Diagnóstico de Base	CIE 10	Total	%
1. Leucemia	M982	462	53.7
2. Osteosarcoma	M9180	65	7.5
3. Rabdomiosarcoma	M8900	58	6.7
4. Linfomas	M9713	51	5.9
5. Sarcomas	M9260	39	4.5
6. Hepatoblastoma	M8970	17	1.9
7. Retinoblastoma	M9510	16	1.8
8. Neuroblastoma	M9500	46	5.3
9. Meduloblastoma	M9470	29	3.3
10. Tumor Wilms	M8964	22	2.5
11. Histiocitosis	M9720	26	3.0
Otros T. Nep y SNC	M9473	29	3.3
Total		860	99.4
B. Motivos de reingreso		Total	%
1.	Quimioterapia	464	53.9
2.	Proceso infeccioso	241	28.0
3.	Complicaciones	35	4.0

4.	Estudios	120	13.9
5.	Otros		

Total	860	99.8
--------------	------------	-------------

Dentro de la mortalidad general, los diferentes tipos de cáncer (displasias) ocupan el segundo sitio (Tabla 4). Sólo se mencionan los datos de hospitalización, por lo que no se considera el servicio de consulta externa.

Tabla 4. Mortalidad hospitalaria en el INP, por diagnóstico de base y grupos de edad. Enero a junio de 2004

Diagnóstico de base	CIE 10 ^a Rev.	Grupos de edad										Sub total	Total	Tasa	
		- 1 Año		1-4 Años		5-9 Años		10-14 Años		15 +					
		F	M	F	M	F	M	F	M	F	M				
1. Enfermedades infecciosas y parasitarias	1-001	1	1	3	1		2	1				5	4	9	2.9
2. Displasias	1-026	2		3	3	6	10	6	8		2	1	2	40	12.9
3. Enfermedades inmunológicas	1-048		1	1	2	1		4	2			6	5	11	3.5
4. Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	1-051	1	5		1					1	1	2	7	9	2.9
5. Trast. mentales y del comportamiento	1-055														
6. Enf. Sistema nervioso	1-058	4	1	1	3	1	2	1				7	6	13	4.2
7. Enf. del ojo y anexos	1-062	1	2									1	2	3	0.9

8. Enf. del hígado	1-080	2	1	1				1			3	2	5	1.6
9. Enf. Sistema circulatorio	1-064	5	5	3	3		1			1	8	10	18	5.8
10. Enf. Sistema respiratorio	1-072	2	4	3	2		2		1		6	8	14	4.5
11. Enf. Sistema digestivo	1-078	5	4			2		1		1	8	5	13	4.2
12. Malformaciones congénitas	1-093	9	8	2							11	8	19	0.3
13. Enf. Del aparato genitourinario	1-084		1	1	2			1	1		3	3	6	1.9
Total		32	33	18	17	1	17	14	11	3	57	83	160	51.6

*Tasa por cada 1000 egresos hospitalarios

3.3. Problemas psicológicos en población pediátrica con diversas neoplasias y Leucemia

En la mayoría de los estudios realizados con población pediátrica que cursa con algún tipo de cáncer, se ha trabajado con grupos de participantes que abarcan un amplio rango de edades, variando entre 2 y 19 años (e.g. Butler, Rizzi y Bandilla, 1999; Kazak, et al., 1997; Morris, Blount, Cohen, Frank, Madan-Swain y Brown, 1997).

De acuerdo con McGrath (1999b) los diversos cambios que presenta el diagnóstico de cáncer a los pacientes y sus familias han sido documentados de forma reciente en la literatura especializada. En un estudio que hicieron Plass y Kochb (2005) se encontró que las principales razones por la que los adultos con cáncer aceptan participar en grupos de apoyo psicosocial es el sufrimiento emocional, el deseo de obtener ayuda y afrontar la enfermedad. En contraste, las razones por las que otros decidieron no participar fueron el tener suficiente apoyo de la familia, amigos o doctor.

Las secuelas psicosociales negativas pueden variar desde los problemas a corto plazo hasta la presentación de problemas de ajuste como ansiedad (Bessell, 2001), depresión y sentimientos de tristeza y desesperanza. El estrés de afrontar los tratamientos y sus efectos secundarios, los cuales afectan la imagen corporal, la identidad sexual, el funcionamiento familiar, las actividades cotidianas y las relaciones sociales pueden tener implicaciones serias para los pacientes.

La evidencia que comienza a emerger en los pacientes con leucemia y los trastornos hematológicos asociados indica que existen muchas variables distintivas de ajuste para este grupo de pacientes con cáncer (Caprilli, Robiglio, Scollo Abeti y Teodori, 2004; McGrath, 1999b). Se ha documentado a la leucemia como una fuente considerable de sufrimiento psicológico para los pacientes y su familia donde se afecta la calidad de vida por la necesidad de enfrentar una enfermedad crónica, en dimensiones como la actividad física, la incapacidad debida al dolor, y la insatisfacción con la imagen corporal, independientemente de la edad, sexo, diagnóstico o tiempo de tratamiento, pero siendo las recaídas el principal predictor de desajuste psicosocial (Wright, Galea y Barr, 2003). Otros factores que se han documentado son la demanda de tiempo y cuidados que requiere el tratamiento médico, además de las complicaciones de las terapias invasivas prolongadas (McGrath, 1999b).

En un metaanálisis, Last, Grootenhuis y Eiser (2005) revisaron los métodos, diseños, constructos, periodos de publicación y localización de los estudios realizados en la psicooncología pediátrica durante los últimos 15 años, en diferentes áreas geográficas y periodos de tiempo. Se analizaron los métodos de tres publicaciones sobre las consecuencias psicológicas de los sobrevivientes de cáncer infantil de acuerdo con 1) la inclusión de sobrevivientes jóvenes o mayores; 2) periodos de publicación en 5 años; 3) país/área (Norteamérica, Europa o Australia); 4) tipo de publicación; 5) número de sobrevivientes; 6) diseño del estudio; 7) inclusión de un grupo control; 8) diagnóstico; y, 9) el uso de instrumentos estandarizados en diferentes áreas. Las comparaciones muestran que algunas diferencias descriptivas dependen del origen del estudio, así como las variaciones a través del tiempo. A través de los años ha aumentado la investigación en Europa y Australia en contraste con Norteamérica. En la mayoría de los estudios, se midieron más constructos que funcionan como mediadores o moderadores durante el periodo más reciente de publicación.

Estos autores encontraron similitudes en la investigación con sobrevivientes, así como diferencias notables en los temas. A pesar que no existen grandes diferencias en el manejo médico de los pacientes y comparten un estándar en el cuidado del paciente oncológico, no se documentaron programas que abordaran los efectos posteriores del tratamiento de cáncer en niños. Así mismo, encontraron desventajas, como estudios muy restrictivos o con un rango restringido de teorías, pero no desarrollados específicamente para el trabajo con esta población. A pesar de que los estudios de calidad de vida se han convertido en el constructo más evaluado en la investigación de resultados, los instrumentos utilizados tienen limitaciones. A la fecha, la mayoría de los estudios se han centrado en medidas de ajuste psicológico como ansiedad y depresión, apoyo educativo y funcionamiento social. Sólo 5 de 76 artículos revisados incluyeron un instrumento de calidad de vida y sólo en uno se utilizó una medida específica para cáncer.

Estos pacientes y sus familias tienen una necesidad particular de apoyo y seguimiento para asistirlos y promover un sentido de control en sus vidas cotidianas. Una estrategia para proporcionar apoyo es el desarrollo de programas educativos para los pacientes y sus familias. Según McGrath (1999b), el concepto de educación es más amplio que proporcionar información de la enfermedad y su tratamiento, e incluye discusiones y medidas de estilo de vida que se centra en las estrategias de afrontamiento.

Al respecto, Fawzy, Fawzy, Arndt y Pasnau (1995) explicaron, que las metas de la educación para pacientes con cáncer están centradas en reducir el sentido de desesperanza e inadecuación a la incertidumbre y la falta de conocimiento.

Hokkanen, Eriksson, Ahonen y Salanterä (2004) realizaron un estudio para conocer cómo piensan los adolescentes con cáncer acerca de su situación de vida, el apoyo que obtienen y la información recibida acerca de su enfermedad. Se trabajó mediante grupos focales con 20 adolescentes de edades entre 13 y 18 años que acudía a un albergue para niños con cáncer. La interpretación se basó en el método de análisis de contenido inductivo. Se analizaron las experiencias de los adolescentes en relación con su situación actual en cinco categorías: la manera en que perciben la vida en el aquí y ahora, las experiencias negativas personales debidas a la enfermedad, los recursos personales reconocidos, las dificultades causadas por la enfermedad en

relación con su vida alrededor de la misma y los recursos identificados en relación con el mundo. Ellos hacen un esfuerzo muy pequeño, si es posible para hacer planes hacia el futuro.

La información recibida por los adolescentes indica que les preocupa su enfermedad y su tratamiento actual, diversos aspectos prácticos, así como el impacto futuro de la enfermedad y sus tratamientos. La mayoría de esta información se centró en el aquí y ahora, mientras que la necesidad de información de los adolescentes estuvo principalmente orientada hacia el futuro.

En cuanto a la oportunidad de los adolescentes para tomar parte en la toma de decisiones acerca de su atención y su vida, el análisis se centró en seis categorías: toma de decisiones conjunta, oportunidades escasas para tomar decisiones, toma de decisiones independientes, la ilusión de tomar sus decisiones, eludir tomar decisiones y estar excluido de la toma de decisiones.

Finalmente, el bienestar emocional en los adolescentes, se centró en tener una gama de actividades, facilidades para la atención física, oportunidades para discutir y trabajar acerca de su experiencia con la enfermedad, y el apoyo recibido de la sociedad.

En otro estudio, Bessell (2001) estudió mediante metodologías cualitativas cuantitativas algunos aspectos relacionados con el ajuste psicosocial en población pediátrica con cáncer. Entre los hallazgos mostrados, se mostró mediante el análisis cualitativo, que existía preocupación recurrente por el desempeño académico, problemas para relacionarse con los pares, dificultades para hacer las actividades académicas y aislamiento social, siendo más evidentes estos problemas de ajuste conforme se incrementaba la edad del participante, independientemente del tipo de cáncer. Respecto a los datos cualitativos, se encontraron niveles elevados de ansiedad social, dificultad en el ajuste psicosocial, especialmente en relación con la competencia escolar, la estabilidad emocional y la competencia social, independientemente de la edad, el sexo o el tiempo de tratamiento médico transcurrido.

Bauld, Anderson y Arnold (1998) evaluaron el estado psicosocial de los adolescentes sobrevivientes de cáncer y los compararon con sus pares sanos. Con este propósito midieron los mecanismos de afrontamiento, niveles de

ansiedad y autoconcepto en 32 adolescentes sobrevivientes de cáncer, predominantemente con leucemia linfocítica aguda, comparados con 34 adolescentes sanos, de edades entre 12 y 17 años. Los autorreportes de los sobrevivientes no presentaron diferencias en la disfunción psicológica. Aunque los dos grupos mostraron estrategias de afrontamiento similares, los sobrevivientes tuvieron puntajes mayores de ansiedad que sus pares, con una tendencia a usar estrategias de evitación y no productivas para resolver los problemas a los que se enfrentan durante la adolescencia.

Así mismo, no hallaron diferencias en el autoconcepto, pero al comparar éste con la edad, encontraron que los adolescentes más jóvenes obtuvieron un mayor puntaje en relación con los más grandes de la muestra total. En cuanto al afrontamiento, los hombres del grupo control refirieron puntajes menores de reducción de la tensión, en contraste con los hombres sobrevivientes quienes usaron esta estrategia productiva. El efecto de la interacción del género por edad, el efecto más grande lo tuvo "Pensamiento de esperanza" en hombres de 12-14 años.

Las mujeres más jóvenes y de mayor edad entre las sobrevivientes tendían a preocuparse más que las adolescentes jóvenes. Así mismo, las mujeres sobrevivientes tuvieron mayor dificultad para adaptarse que las mujeres sanas, mostrando una visión negativa del futuro. Estos investigadores concluyen que de manera general, los adolescentes sobrevivientes tienen un repertorio mayor de estrategias productivas e improductivas. Especialmente buscan actividades relajantes, se centran en los aspectos positivos de los problemas y buscan más apoyo social, en relación con los adolescentes sanos.

En este sentido, Weisz, McCabe y Dening (1994) investigaron la efectividad de las estrategias de afrontamiento en niños de edades entre 5 y 12 años que padecían leucemia. Partieron del supuesto de que la leucemia es un estresor que puede ser relativamente poco controlable y que un óptimo ajuste consistirá en ajustarse al mismo, más que alterarlo. Evaluaron los esfuerzos de los niños para ajustarse a la enfermedad y su tratamiento a través de una entrevista, clasificándolos en afrontamiento de control primario (esfuerzos para alterar las condiciones objetivas) y afrontamiento de control secundario (esfuerzos para ajustarse a las condiciones objetivas), así como afrontamiento sin percepción de control (sin esfuerzos para afrontarlos). Los resultados de esta investigación indican que el uso de métodos de afrontamiento de control

secundario estuvo asociado de manera positiva con el reporte de un mejor ajuste conductual y emocional reportado por la madre, así como por el autorreporte de los niños y el registro observacional durante los procedimientos dolorosos.

Al respecto, Kazak y sus colaboradores han desarrollado una línea de investigación centrada en la intervención con la familia, tomando como base la teoría de los sistemas (Kazak, 2005; Kazak, Simms y Rourke, 2002).

En uno de sus estudios iniciales, Kazak et al., (1997) realizaron un estudio en sobrevivientes de leucemia de edades entre 8 y 19 años y sus padres comparados con un grupo de pares sanos para examinar las secuelas psicológicas de la enfermedad, específicamente en las variables de ansiedad, estrés postraumático, funcionamiento familiar y apoyo social. Los resultados mostraron un incremento significativo de síntomas de estrés postraumático, en cambio, no hubo diferencias en las otras variables. Así mismo, no existieron diferencias en las variables en el grupo de estudio y sus pares. Sin embargo, al correlacionar el grupo de sobrevivientes entre sí, se encontró que la edad actual del participante y la edad en el momento del diagnóstico correlacionaron positivamente; es decir, a mayor edad, los sobrevivientes de leucemia son más susceptibles de presentar síntomas de ansiedad y estrés postraumático.

En este tipo de estudios que son de tipo transversal, se carece de mediciones repetidas que puedan verificar si las estrategias de afrontamiento empleadas son estables o se modifican a través del tiempo o la influencia de otras variables (por ejemplo: Norberg, Lindblad y Boman, 2005).

Allen, Newman y Souhami (1997) realizaron un estudio con el fin de explorar síntomas de ansiedad y depresión en 42 adolescentes con diversos tipos de cáncer y sus familias, comparados con una muestra similar de 173 participantes. Aplicaron los cuestionarios (Beck Depresión Inventory y State Trait Anxiety Inventory) dentro de las tres semanas posteriores al diagnóstico. Encontraron que la muestra total de pacientes no mostraba diferencias en síntomas de ansiedad y depresión en relación con la muestra sana, aunque algunos participantes del grupo clínico y control mostraban sintomatología exacerbada. Sin embargo, al comparar ambos grupos encontraron que las mujeres se encontraban más ansiosas que los varones. En cuanto a los padres,

las madres de la muestra clínica mostraron los niveles más elevados en ansiedad y depresión.

Por otra parte, se ha hallado una mayor incidencia de sucesos de vida críticos en adolescentes que padecen leucemia (Eiser, 1990). Ya desde hace tiempo, Johnson (1986) encontró una alta proporción de eventos vitales críticos en los pacientes con leucemia.

Un estudio realizado por Çavusoglu (2000) con 30 adolescentes que padecían leucemia mostró que tienen más interés en ser informados sobre el tratamiento y el pronóstico, más que la etiología. En su totalidad, reportaron problemas físicos debidos a la enfermedad y el tratamiento, en tanto que 50% refirieron tener problemas sociales, los cuales disminuyeron al entrar en la fase de remisión. Sin embargo, indicaron que tenían miedo a los efectos secundarios del tratamiento y el pronóstico. Los adolescentes que sufrieron recaída, manifestaron temor y preocupación de morir, alterando las relaciones con los amigos y la familia.

En México, se realizó un estudio con el objetivo de indagar acerca de cómo afrontan los padres la leucemia que padecen sus hijos, en relación con la manera en que afecta sus recursos financieros y sociales (Rocha-García, Álvarez, Hernández-Peña, Martínez-García, Marín-Palomares, Lazcano-Ponce, 2003). La muestra estuvo conformada de 51 menores de 15 años, que se encontraban en tratamiento médico. Los padres contestaron un cuestionario para indagar las respuestas emocionales a la enfermedad, que exploraba la percepción de la enfermedad, el impacto psicológico, las estrategias de afrontamiento, las relaciones familiares, y el impacto socio-económico. La respuesta más común a la enfermedad fue el fortalecimiento de los lazos familiares (82.4%), en menor grado mencionaron el tiempo que se dedicaba al cuidado del enfermo (78.4%). Indican que ésta es aun más importante en las familias con recursos sociales y económicos escasos, así como las respuestas emocionales a los cambios debidos a la leucemia, ya que estas limitaciones imponen grandes restricciones y hacen que sea más difícil el afrontamiento. De acuerdo con estos autores, las intervenciones psicológicas son una parte importante para asegurar el tratamiento adecuado del niño en estas circunstancias.

En una revisión de la literatura acerca de los sobrevivientes de cáncer en un periodo de 30 años, Patenaude y Kupst (2005) encontraron que, de manera general el ajuste psicológico de los sobrevivientes es adecuado y muy cercano a las puntuaciones promedio de la población abierta; sin embargo, refieren una mayor dificultad para desempeñar actividades académicas, socializar y contrario a lo esperado, tienden a mostrarse poco vulnerables al estrés. No obstante, observaron que en relación con la metodología, existía una serie de estudios cuantitativos y descriptivos, solo en algunos se hicieron estudios de seguimiento o longitudinales y eran escasos los ensayos clínicos aleatorizados. Considerando los hallazgos que referían algunos autores, respecto a las diferencias específicas en las variables de ajuste psicosocial que estudiaron, señalaron el uso de metodologías cualitativas o mixtas para analizar el uso de estrategias de evitación, por ejemplo, las cuales son habitualmente descritas como desadaptativas, pero que parecen coadyuvar en la percepción y actitud hacia la enfermedad.

3.4. Programas psicosociales para población con leucemia

En un estudio, McGrath (1999b) evaluó los resultados de un curso de apoyo educacional denominado *Taking Control*, diseñado específicamente para los pacientes con leucemia y los trastornos asociados. El curso *Taking Control* es un servicio gratuito proporcionado por la Fundación para la leucemia de Queensland, Australia, para pacientes que tienen leucemia y trastornos hematológicos asociados y sus familias. Es un programa de autoayuda de 9 semanas, que combina educación, discusión, ejercicios prácticos y apoyo social. Dado que el curso *Taking Control* se ha impartido por más de 10 años, se ha modificado y refinado por medio de la retroalimentación de los participantes.

A pesar de que el énfasis en dicho programa es proporcionar apoyo emocional, particularmente a través el contacto con otros que viven las mismas experiencias, este curso podría estar clasificado predominantemente como un programa de apoyo educativo.

Debe enfatizarse, sin embargo que aunque la estrategia es pedagógica, los propósitos de este curso se guían por la descripción de Spiegel (1995) de las metas de las intervenciones psicosociales en oncología, las cuales incluyen:

disminuir los sentimientos de alienación para brindar oportunidades de hablar con otros en situaciones similares, reducir la ansiedad acerca de los tratamientos a través de dar información, asistir en el esclarecimiento de percepciones e información erróneas, así como tratar de disminuir los sentimientos de aislamiento, desesperanza y negligencia de otros.

En un reporte de dicho programa, durante el año de 1997 se entrevistaron 111 participantes mediante una entrevista diseñada por el autor y un cuestionario que pide retroalimentación acerca de su propia experiencia en el curso. Encontró que a pesar de que la mayoría de los participantes buscaron información, hay una evidencia de que el proporcionar información requiere además, de la comprensión de las razones que motivaron a los individuos para asistir al curso y la percepción de utilidad para ayudar a los pacientes y sus familias a afrontar con el diagnóstico de leucemia.

Por otra parte, Tadmor y Weyl Ben (2000) muestran los resultados en Israel de un programa de atención para el paciente de leucemia y su familia, el cual se basa en el Modelo de Control Personal Percibido (CPP). Este programa incide en la interacción entre el equipo de salud que atiende al niño, el paciente y su familia, y en otro sentido, procura efectuar modificaciones a nivel social de las políticas e infraestructura para la atención de estos pacientes.

Los programas de intervención expuestos, son presentados todos como informes de los mismos programas, sin especificar de manera clara cuáles son las variables o indicadores que están midiendo, de la misma manera, no especifican de qué manera los miden y a través de qué instrumentos o indicadores. En cuanto a los componentes de las intervenciones, todos ellos comparten el hecho de proporcionar información en relación con el padecimiento médico y los problemas en el ajuste psicosocial. Por lo tanto, aunque esté documentado que proporcionar información y enseñar al paciente alguna estrategia de relajación o distracción disminuye la ansiedad, probablemente no sea suficiente para el manejo de este tipo de pacientes. Así, el aspecto cognitivo se aborda muy superficialmente o se carece de éste en los programas mencionados. Esto puede deberse a que los programas psicosociales están diseñados fundamentalmente para niños o adultos, siendo los adolescentes incluidos de manera forzada en alguno de éstos grupos.

Ahora bien, estas deficiencias en la medición de la eficacia de intervenciones en las diferentes etapas del ciclo vital es común, siendo una diferencia el programa basado en el entrenamiento en solución de problemas que Nezu y sus colaboradores han desarrollado (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis, y Houts, 1999), que está dirigido a población adulta con cáncer y ya cuenta con investigación al respecto de la eficacia de esta forma de intervención en general y específicamente del proyecto *Génesis* para pacientes adultos (Nezu, Nezu, Felgoise, McClure, Houts, 2003).

Ahora bien, en México, Valencia (2007) reportó los resultados de un programa de intervención para modificar el afrontamiento en niños y adolescentes con cáncer basado en el modelo de optimismo aprendido. Los hallazgos mostraron la utilidad de esa modalidad de intervención para promover el ajuste psicológico de los participantes y la familia. Sin embargo, en dicho estudio reportó una serie de dificultades con la muestra, debido al abandono del tratamiento y los criterios de exclusión, aunado a las dificultades para trabajar con los participantes por el estado general de salud.

Conforme al tópico revisado en este apartado, se puede observar en la gran mayoría de los estudios realizados con pacientes pediátricos con cáncer que en su mayoría se han centrado en medir de manera transversal algunas variables del ajuste psicosocial en esta población, como es el clima familiar, la sintomatología emocional en los hermanos y especialmente una gran cantidad de investigaciones se han centrado en la reducción de la activación vagal secundaria a la quimioterapia, la reducción de ansiedad ante procedimientos invasivos, el manejo del dolor oncológico, el impacto de la información en el paciente y sus padres, así como la relación entre el personal de salud, el paciente y sus padres.

Algunos de estos estudios presentan problemas metodológicos, como es la carencia de seguimientos, por lo que no puede diferenciarse específicamente si la sintomatología que reportan tiene cambios a través del tiempo como parte del ajuste psicológico a la enfermedad o a otros factores, como la maduración del individuo o la habituación a la enfermedad. Otro problema lo constituye el hecho de incluir en una sola muestra a grupos de niños y adolescentes, sin considerar las diferencias que existen en cuanto al desarrollo y las diferencias que pueden existir en el ajuste psicosocial en los diferentes estadios del desarrollo.

De alguna manera, estas dificultades metodológicas están presentes en muchos de los estudios que se hacen en ambientes clínicos no controlados, especialmente en poblaciones de niños y adolescentes (Weisz, 1998; Weisz y Hawley, 1998). De acuerdo con estos autores, parece ser, que, independientemente del diagnóstico y el tratamiento utilizado, las intervenciones en ambientes clínicos difieren de las especificaciones de los manuales elaborados para las intervenciones que han demostrado su eficacia empírica, de acuerdo con los lineamientos propuestos por la Fuerza de tarea para la promoción y disseminación de los procedimientos psicológicos (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Chambless y Ollendick, 2001).

En este sentido, Chambless y Hollon (1998) refieren que es importante diferenciar entre los estudios con diseños de grupo y los de caso único. En el caso de ésta categoría, sostienen que para definir la eficacia de la intervención se requiere considerar la línea base, el diseño aplicado y que existan al menos tres réplicas de cada una de las intervenciones a contrastar.

La proliferación de estos estudios descriptivos probablemente tengan algunas razones prácticas que repercuten en dificultades metodológicas, como es el hecho de que la mayoría de los estudios se han llevado a cabo en las instituciones que atienden el padecimiento médico, donde se encuentran mezclados niños y adolescentes para su atención ambulatoria y en hospitalización, lo cual es un problema común que se presenta al obtener la muestra de grupos ya establecidos. Otra razón es el hecho de que desde el punto de vista de la epidemiología, los subgrupos en los que se divide la población pediátrica están divididos considerando la edad normativa en la que se presenta la pubertad, no el desarrollo psicosocial de los sujetos y dado que en muchos casos los investigadores requieren comunicar los hallazgos entre la comunidad multidisciplinaria de la salud, es más conveniente utilizar los parámetros epidemiológicos.

Una vez abordadas las generalidades en torno al tema de investigación, se hará una revisión en relación con las definiciones, aspectos metodológicos y aplicaciones en psicología de la salud de los componentes de la intervención que se aplicó.

CAPITULO 4

Aspectos metodológicos y aplicaciones en psicología de la salud de los componentes de la intervención

De acuerdo con los consensos que ha hecho la Asociación Americana de Psicología (2006), existen algunos criterios básicos para considerar en los estudios donde se busca encontrar la evidencia de la eficacia de los tratamientos psicológicos. Con base en la evidencia de los resultados y la utilidad de los procedimientos y estrategias para abordar el manejo psicológico de la leucemia aguda, se eligieron algunos de ellos como componentes de la intervención psicológica, por lo que se exponen brevemente los antecedentes metodológicos, así como las aplicaciones que se han documentado para el manejo psicológico de problemas de salud.

4.1. Entrevista motivacional

Debido a que uno de los principales problemas que se presentan en el manejo de padecimientos crónicos es la adherencia terapéutica, tanto en los tratamientos médicos, como en las intervenciones psicológicas, la Entrevista Motivacional ha tomado importancia para solucionar dichas dificultades.

4.1.1. Definición

La Entrevista Motivacional es una forma de intervención conductual breve que promueve el cambio conductual (Miller y Rollnick, 1999). El sustento teórico parte del modelo trans - teórico de etapas del cambio (Prochaska y DiClemente, 1982).

4.1.2. Modelo de Etapas del Cambio

La Entrevista Motivacional deriva metodológicamente del Modelo de Etapas del Cambio, el cual postula que para que ocurra un cambio en la conducta, es necesario pasar por varias etapas: precontemplación -en donde la persona no considera tener un problema-, contemplación -consideración del cambio-, determinación -intención de cambiar y planeación-, acción -llevar a cabo el cambio de conducta-, recaída -regreso a los patrones de conducta anteriores al cambio- y mantenimiento -sostenimiento del cambio a largo plazo- (Prochaska y DiClemente, cit. Op.).

En el periodo de precontemplación la persona no ha considerado que tenga un problema o que necesite hacer algún cambio en su vida y de manera curiosa, es más probable que reaccione con sorpresa, en vez de resistirse.

Durante la contemplación, se presenta una ambivalencia entre la necesidad de cambiar y el rechazo al mismo, caracterizado por una fluctuación entre las razones para cambiar y no cambiar. Cuando el balance decisional se inclina a favor de las razones para hacer el cambio, se pasa a la etapa de determinación.

La determinación es considerada especialmente importante en el proceso de cambio, es la posibilidad real del cambio. En caso de que la persona no lleve a cabo ninguna acción, se regresa a la etapa de contemplación. Ahora bien, la etapa de acción corresponde con el periodo en el que inicia el proceso terapéutico o la consejería y es precisamente el tiempo en que la persona lleva a cabo acciones para concretar el cambio.

Sin embargo, el hecho de hacer el cambio no es suficiente, puesto que es necesaria la permanencia del mismo, por lo que la siguiente etapa, la de mantenimiento tiene como propósito que perduren los cambios y prevenir las recaídas. Implica la modificación de los objetivos planteados inicialmente y la implementación de estrategias y conductas que le permitan tener un cambio perdurable o en caso de recaer en el problema inicial, tener la capacidad para volver a cambiar.

Aunque algunos autores consideran hasta siete etapas en el proceso de cambio, Miller y Rollnick (cit.op.) toman en cuenta seis etapas, considerando la precontemplación como una etapa previa al proceso de cambio (Ver Figura 2).

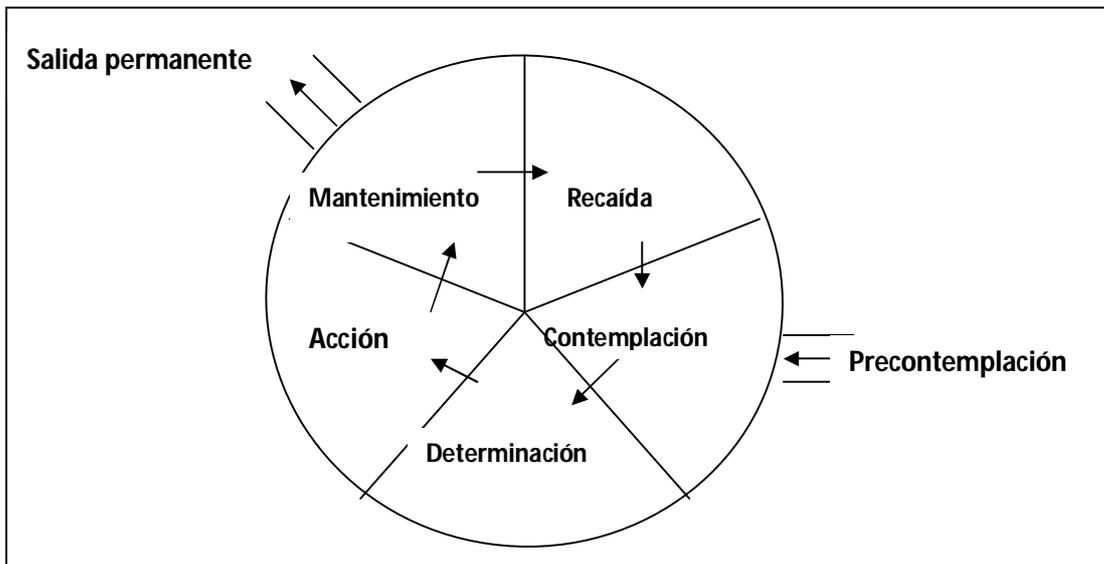


Figura 2. Etapas del proceso de cambio consideradas para el modelo de Entrevista Motivacional. Tomado de: Miller y Rollnick, (1999, pág. 39)

Precisamente, es la consideración anterior la que fundamenta a la Entrevista Motivacional. Así, mediante este proceso se logra que la persona establezca sus propias necesidades y metas para iniciar el cambio. De esta forma el individuo puede pasar por varias etapas, desde la precontemplación, hasta iniciar la práctica de conductas encaminadas al cambio.

La Entrevista Motivacional tiene cuatro componentes o principios: a) expresión genuina de empatía, b) desarrollo de discrepancia entre la conducta actual del paciente y sus metas de tratamiento, c) disminuir la resistencia de cliente y d) apoyar la autoeficacia del paciente (Miller y Rollnick, cit.op.).

Con base en esto principios, se desprenden las siguientes técnicas: 1) preguntas abiertas vs. Preguntas cerradas, 2) escucha atenta, 3) hacer un resumen de los puntos discutidos, propiciar hablar del cambio, guiar la importancia y beneficios del cambio.

De manera general, la Entrevista Motivacional puede considerarse como una intervención conductual por sí misma, como en las intervenciones breves para reducir el consumo de tabaco o alcohol, o considerado una estrategia en los casos donde es un componente de un paquete de intervención, como fue el caso de la presente investigación.

4.1.3. Aplicaciones en psicología de la salud

En sus inicios, la Entrevista Motivacional se desarrolló como una intervención breve para promover el cambio conductual en poblaciones de adolescentes y adultos que presentaban adicciones, aunque su uso se ha extendido a los padres de niños y familiares de adultos que tenían secuelas de tabaquismo (Solak, Göksel, Telli y Erdinç, 2005).

Posteriormente, su uso se extendió para persuadir hacia el cambio conductual a poblaciones que mostraban conductas de riesgo para presentar problemas de salud, como en el caso de adolescentes con diabetes (Channon, Smith y Gregory, 2003) y para aumentar la frecuencia para acudir a exámenes de papanicolau y mastografías (Valanis, Whitlock, Mullooly, Vogt, Smith, Chen, y Glasgow, 2003).

Erickson, Gerstle y Feldstein (2005), hicieron una revisión de los estudios que han utilizado la Entrevista Motivacional para diversos problemas de salud, mencionando su utilidad para el tratamiento del sobrepeso u obesidad, prevención de conducta sexual de riesgo, prevención de embarazos no deseados y manejo de dolor crónico.

En tiempos recientes, esta forma de intervención conductual se ha extendido hacia el manejo de padecimientos médicos, mostrando indicios de que es una forma de intervención breve y eficaz para promover la aceptación de tratamientos, la adherencia terapéutica, especialmente para el tratamiento de las adicciones, o integrada como un elemento de intervenciones multi-componentes para el manejo de problemas de salud (Hettema, Steele y Miller, 2005).

4.2. Relajación autógena

En consecuencia, el uso de diversas técnicas de relajación se ha vuelto un componente habitual en el manejo psicológico de la ansiedad, debido a que precisamente ejercen un efecto significativo a nivel fisiológico, cognitivo y de contra-condicionamiento de las respuestas de ansiedad (Barlow, 2002).

4.2.1. Definición

De acuerdo con Schultz (1980, p.36) "El principio sobre el que se fundamenta el método consiste en producir una transformación general del sujeto de experimentación mediante determinados ejercicios fisiológicos y racionales y que, en analogía con las más antiguas prácticas hipnóticas exógenas, permite obtener resultados idénticos a los que se logran con los estados sugestivos auténticos."

4.2.2. Fundamentos

En principio, existe suficiente evidencia empírica que sustenta la existencia de alteraciones a nivel del sistema nervioso en los sujetos que padecen ansiedad. En este sentido, se ha encontrado disminución de la actividad simpática elevada (aumento de la rama simpática del sistema nervioso autónomo), la inflexibilidad autonómica (la dificultad para modular las respuestas fisiológicas ante los estresores), así como la existencia de patrones asimétricos de activación en los hemisferios cerebrales (especialmente una mayor activación en el hemisferio derecho), así como alteraciones en los niveles de algunos neuromoduladores en el Eje Hipotalámico-Adreno-Cortical (Barlow, 2002).

Partiendo de los estudios iniciales de Schultz se han desarrollado versiones adaptadas del entrenamiento autógeno aunque generalmente siguen una estructura común: la utilización de imágenes que se refieren directamente a las funciones del sistema vegetativo, las cuales se concentran en fórmulas, según determinados elementos básicos de eficacia sugestiva relacionadas con la disminución de la actividad simpática del sistema nervioso periférico.

Esta serie de ejercicios tienen los siguientes componentes:

1. Ejercicio de pesadez
2. Ejercicio de calor
3. Ejercicio de pulsación
4. Ejercicio respiratorio
5. Regulación abdominal y
6. Ejercicio de la cabeza

Un precursor de este procedimiento es Luthe (Schultz y Luthe, 1969). De forma específica, Smith (1989) desarrolló una versión modificada que pertenece a lo que denomina "enfoque somático".

4.2.3. Aplicaciones en el área de la salud

En relación con sus aplicaciones en el ámbito de la salud, se han realizado algunos estudios para medir el grado de efectividad de las diversas técnicas de relajación, como es el caso de la revisión que hizo Ritz (2001) de la aplicación de técnicas de relajación para controlar el asma en adultos, donde se encontró que el tamaño del efecto es similar en todas las modalidades utilizadas, diferenciándose en los propósitos de cada estudio.

En otra revisión de estudios que presentaban el uso de la técnica, Kanji, White y Ernst (2003) llegaron a las mismas conclusiones. En un interesante estudio, Krampen y Von Eye (2006), compararon los motivos de acudir a tratamiento de una muestra clínica de distintos padecimientos, los cuales se entrenaron en relajación progresiva y autógena, encontrando que los motivos y la alianza terapéutica se relacionan con una mejor adquisición de dichas estrategias.

Entre las aplicaciones de la técnica en el área de la salud, se encuentra el uso para reducir la ansiedad posteriores a la cirugía de angioplastía (Kanji, White y Ernst, 2004a), en la disminución de la actividad autonómica nerviosa en el corazón de bomberos sometidos a trastorno por estrés posttraumático (Mitania, Fujitab, Sakamoto y Shirokawa, 2006); otro trabajo, describe la utilidad de la

técnica para disminuir los síntomas de ansiedad en niños y adultos (Murakami, Koike, Ashihara, Matsuno, Tazoe y Katsura, 2006).

Otros trabajos se centraron en el manejo de ansiedad en estudiantes de enfermería (Kanji, White y Ernst, 2004b), en la disminución de sintomatología ansiosa y depresiva en pacientes con cáncer en etapa temprana y sus beneficios en el sistema inmune (Hidderley y Holt, 2004), como componente de una intervención para promover el locus de control interno en adolescentes alcohólicos (Sharp, Hurford, Allison, Sparks y Cameron, 1997).

En el comienzo del uso de la biorretroalimentación, se aplicó entrenamiento autógeno en el tratamiento de la migraña en niños (Labbé y Williamson, 1984). Posteriormente, McGrath (1999a) indicó la importancia de la aplicación de las técnicas de relajación en el tratamiento de la migraña.

De manera reciente, Juhasz, Zsombok, Gonda, Nagyne, Modosne y Bagdy (2007), aplicaron la técnica de relajación autógena en participantes a los cuales se les indujeron crisis migrañosas administrando nitroglicerina. Entre los hallazgos más importantes, observaron que la estrategia de relajación autógena permitió tolerar de manera más efectiva el dolor, modificar las cogniciones acerca de las molestias físicas y presentar menos síntomas de ansiedad.

En cuanto a la reducción de la ansiedad y la sensación de dolor en procedimientos dentales, también se ha demostrado que la relajación autógena es una estrategia que ayuda a reducir estos síntomas (Litt, Nye y Shafer, 1993).

En relación con su eficacia en poblaciones pediátricas, existen estudios que muestran la eficacia de la relajación autógena en niños y adolescentes con síntomas de trastornos internalizantes, agresividad, impulsividad y déficit de atención (Goldbeck y Schmid, 2003).

Así mismo, se ha mostrado su eficacia como componente de paquetes de intervención en el manejo del dolor ante procedimientos invasivos o por enfermedad (Powers, Jones y Jon, 2005); como componente adicional en el tratamiento de depresión en adultos (Krampen, 1999), a modo de estrategia para promover la autorregulación y el autocontrol en adultos mayores (Krampen, 1996).

Otros estudios han mostrado su utilidad como terapia coadyuvante en casos de dermatitis atópica (Ehlers, Stangier y Gieler, 1995), para incrementar la temperatura periférica en la enfermedad de Raynaud (Freedman, Ianni y Wenig, 1983), y para la disminución de sintomatología incapacitante en pacientes con esclerosis múltiple (Sutherland, Andersen y Morris (2005).

Para los fines de esta investigación, se elaboró una versión abreviada de relajación autógena con base en los componentes y la secuencia planteada por Smith (1989), que se adaptó con el fin de hacerla más breve y con instrucciones cortas y concretas, para hacerlo comprensible para los adolescentes.

4.3. Entrenamiento en solución de problemas

Dentro de las diversas intervenciones que existen para modificar el afrontamiento se encuentra el *entrenamiento en solución de problemas*, o también denominada terapia de solución de problemas.

4.3.1. Definición

Aunque se le suele conceptualizar como una modalidad terapéutica o como un componente de intervenciones multimodales, de manera general puede definirse como *“un proceso por medio del cual los individuos entienden la naturaleza de los problemas en su vida y en consecuencia, dirigir sus esfuerzos de afrontamiento para alterar la naturaleza problemática de las situaciones mismas, sus reacciones a éstas, o ambas”* (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts, 1999, p. 31).

4.3.2. Modelo de Entrenamiento en solución de problemas

A pesar de que dicha forma de intervención ha sido desarrollada por varios autores, para los fines que ocupa esta disertación se hará referencia al modelo desarrollado por Nezu y sus colaboradores. En relación con el procedimiento mismo, Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts (1999) refieren que el proceso de solución de problemas tiene dos componentes básicos: *la orientación del problema y las habilidades racionales para la solución de problemas*.

La *orientación del problema* es un conjunto de respuestas orientadas que representan las reacciones cognitivas y afectivas inmediatas de una persona cuando se confronta con el problema (Nezu, Nezu, Friedman, Faddis y Houts, 1999). Estas respuestas están determinadas por la sensibilidad al problema, las creencias, evaluaciones y expectativas que se tienen en relación con la propia vida y las habilidades para solucionar el problema. Una orientación positiva puede disminuir los síntomas de ansiedad y depresión, mientras que la orientación negativa puede incrementarlos.

Nezu y cols. (1999) refieren que el entrenamiento en la orientación del problema ayuda a los individuos para a) incrementar su habilidad para reconocer los problemas de su vida cuando ocurren; b) minimizar la influencia negativa del sufrimiento emocional inmediato y pensamientos negativos para solucionar posteriormente el problema; c) adoptar la idea de que los problemas son inevitables y que la utilización de las estrategias de solución de problemas ayuda a enfrentarlos exitosamente; d) facilita la propia expectativa de que se afrontará el problema adecuadamente; y, e) ayuda a disminuir la tendencia a actuar de manera impulsiva o evitar los problemas.

El proceso de orientación del problema incluye cinco variables específicas: percepción del problema, atribución del problema, evaluación del problema, creencias de control personal y estilo de aproximación-evitación. La percepción del problema se refiere al reconocimiento de la existencia del mismo, y la atribución está constituida por todas las atribuciones de causalidad internas o externas en relación con el problema. La evaluación es la forma en la que cada persona evalúa la importancia de la cuestión determinada y el impacto de éste

en su vida, magnificando, minimizando o dando un peso justo. Las creencias de control personal son el conjunto de ideas y expectativas que se tienen en relación con la capacidad para solucionar el problema y controlar las situaciones. Finalmente, el estilo de aproximación-evitación es la manera en que las personas asumen que tienen un problema e intentan hacer algo para resolverlo, o por el contrario, evitan hacerle frente.

El otro componente está conformado por las *habilidades de solución de problemas racionales*, que Nezu y cols. (1999, p. 39) definen como: “la aplicación racional, planificada, sistemática y cuidadosa de los principios y técnicas de la solución efectiva de problemas”. Está compuesta por cuatro habilidades: definición del problema, generación de alternativas y toma de decisiones, implementación y verificación de la solución. Con cada tarea se promueve una solución adaptativa o respuesta de afrontamiento ante un problema que requiere solución.

De manera específica, en la *definición del problema* se requiere de los siguientes elementos: obtener la información suficiente acerca de la naturaleza del problema, usar un lenguaje claro y concreto, disminuir las percepciones erróneas y las distorsiones cognitivas que se basan en juicios inadecuados, afirmaciones e interpretaciones de los eventos, identificar cuando una situación o evento es realmente un problema en términos de que sea “una discrepancia entre las demandas de una situación y la disponibilidad de respuestas efectivas” (Nezu, y cols., 1999, p. 41). Por último, es necesario establecer metas realistas en términos de los resultados que se desea obtener del problema.

El siguiente elemento del entrenamiento: la *toma de decisiones* se refiere a la generación de todas las posibles soluciones al problema y en seguida, la evaluación de cada una de éstas para determinar cuál es la más efectiva y con posibilidades de implementar, el cual constituye el punto central de esta fase.

La medición de las consecuencias de cada alternativa generada tiene que hacerse considerando la posibilidad de que ocurran los efectos esperados. Además, se requiere estimar el valor de las consecuencias de cada alternativa en términos de las consecuencias a corto, mediano y largo plazo, así como del costo – beneficio.

Tras elegir una alternativa mediante el análisis que se hace en la toma de decisiones, se continúa con la *implementación y verificación de la solución*. En esta etapa implica la planeación y la puesta en práctica de la solución, observando las consecuencias, su efectividad y el auto reforzamiento cuando el problema se ha resuelto.

En uno de los primeros estudios para explorar el modelo, Nezu (1986), encontró que el déficit en la solución de problemas se relacionó con síntomas depresivos en una muestra de jóvenes, en tanto que un adecuado manejo de la solución de problemas, se encontró en la muestra que se encontraba dentro de parámetros de funcionamiento psicológico normal.

4.3.3. Aplicaciones del entrenamiento en solución de problemas en salud

El entrenamiento en solución de problemas ha sido aplicado en un principio para tratar la depresión y posteriormente, para tratar una gama de padecimientos y en distintas poblaciones. Ha sido utilizado en niños y adolescentes, aunque muchos son estudios que tienen diversas limitaciones metodológicas, entre ellas la falta de seguimiento y la dificultad para definir y diferenciar los efectos de los elementos que integran la intervención. En relación con la utilidad clínica de esta estrategia, una revisión realizada por Malouff, Thorsteinsson y Schutte (2007) mostró que es más eficaz que la ausencia de tratamiento, o comparada con tratamientos habituales, aunque no hay diferencias significativas en relación con otras modalidades de tratamiento.

Entre los estudios que tienen una metodología adecuada, existen algunos programas preventivos (por ejemplo: The Coping Power Program (Lochman y Wells, 2002, 2003). Sin embargo, aunque se ha probado en diversas poblaciones y para tratar una variedad de problemas, la mayoría de la investigación de resultados al respecto, ha mostrado que su eficiencia ha estado limitada en muchas de las investigaciones en niños y adolescentes, (Frauenknecht y Black, 2004).

Dichos problemas se han debido a algunos errores inherentes a la implementación de las intervenciones, como son: el uso de instrumentos inadecuados para la etapa de desarrollo, la falta de mediciones in vivo durante las sesiones, ausencia de seguimientos, problemas de validez interna o externa, deficiencia para lograr establecer el último componente de la intervención: la generalización de habilidades a otra clase de problemas, dificultad para identificar las estrategias que producen resultados favorables y finalmente, un déficit en la medición del impacto del entrenamiento de solución de problemas en los diferentes aspectos de la vida del sujeto.

Son ejemplos de estudios que usan esta forma de intervención: la implementación de estrategias de solución de problemas para reducir el dolor y las limitaciones en las actividades diarias por cáncer (Doorenbos,

Given, Given, Verbitsky, Cimprich y McCorkle, 2005), incrementar el apoyo social y disminuir síntomas de ansiedad, depresión y dolor (Kerns, Rosenberg y Otis, 2002), disminuir sintomatología emocional en mujeres con cáncer de mama (Allen, Shah, Nezu, Nezu, Ciambrone, Hogan, y Mor, 2002) y diversos tipos de cáncer (Sherwood, Given, Given, Champion, Doorenbos, Azzouz, et al., 2005).

De igual manera, se ha utilizado para incrementar la adherencia terapéutica en pacientes de VIH usuarios de drogas (Soroudi, Perez, Gonzalez, Greer, Pollack, Otto, et al., 2008; Johnson, Elliott, Neilands, Morin y Chesney, 2006), manejo de pacientes con dolor crónico en espalda baja (Smeets, Vlaeyen, Hidding, Kester, van der Heijden y Knottnerus, 2008).

En específico, Nezu, Nezu, Felgoise, McClure y Houts (2003) elaboraron un programa para adultos con cáncer, denominado "Proyecto Génesis", el cual cuenta con datos empíricos en relación con la eficacia clínica.

Ahora bien, dado que la Calidad de Vida es un aspecto que suele tener modificaciones durante el curso de cualquier problema de salud, es importante medirlo para verificar el impacto de los tratamientos médicos y las intervenciones psicosociales. En la presente investigación se midió dicho constructo, por lo cual se hizo una reseña del mismo.

CAPITULO 5

Calidad de Vida en relación con la salud

5.1. Definiciones

Calidad de Vida. La perspectiva multidimensional de salud que propuso la OMS (1947) se identifica en tres dimensiones, física, emocional y social. Este es el concepto del cual parte la definición del constructo Calidad de Vida, que a su vez se ha expandido en cuatro dimensiones “principales”: estado de la enfermedad y síntomas físicos, estatus funcional, funcionamiento psicológico y funcionamiento social (Spieth y Harris, 1996). De ahí se deriva en particular la calidad de vida en relación con la salud.

Calidad de Vida en relación con la salud. De acuerdo con Spieth y Harris (1996, pág. 176), “La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al impacto objetivo y subjetivo de la disfunción asociada con una enfermedad o daño, tratamiento médico y políticas de cuidado de la salud”.

De acuerdo con Padilla y Ropka (2005), la calidad de vida (QOL) es un concepto multidimensional, y los modelos de QOL de manera común incluyen las áreas física, psicológica, social, espiritual y económica.

5.2. Medición de la calidad de vida en relación con la salud

La QOL puede ser medida utilizando una medida global o multidimensional (áreas específicas). Las escalas globales son sencillas de usar pero las escalas multidimensionales pueden proveer un mayor detalle (Padilla y Ropka, 2005).

Se han desarrollado y validado diversos instrumentos de QOL, incluyendo herramientas (e.g. Cella, Chang, Lai y Webster, 2002; Cella, Tulskey, Gray, et al., 1993, citados por Padilla y Ropka, 2005) que evalúan pacientes con

neutropenia inducida por quimioterapia (CIN). Estos y otros estudios han mostrado que la CIN tiene un efecto en detrimento de la QOL.

Gerharz, Eiser y Woodhouse (2003) hicieron un estudio para determinar la amplitud y calidad de los instrumentos de calidad de vida con los que se dispone actualmente para trabajar con niños enfermos. Se usó una estrategia amplia para tener una lista de publicaciones que utilicen directa o indirectamente la medición de la calidad de vida para niños y adolescentes. De los 137 artículos que se identificaron, 43 se referían al desarrollo de un nuevo instrumento, 79 se refirieron al desarrollo posterior y aplicación de instrumentos, en tanto que 15 midieron calidad de vida a través de una batería de instrumentos. De los 43 instrumentos recuperados, 19 eran genéricos y 24 eran específicos a una enfermedad. En relación con éstos, la mayor proporción evaluaba población con asma, cáncer y epilepsia.

Los autores de ese trabajo, refieren que es importante reconocer la existencia de dificultades metodológicas inherentes a la medición de la Calidad de Vida, pero esto no limita que se centre en la obtención de datos rigurosos o en los resultados clínicos. En última instancia, estos instrumentos son un apoyo para mejorar la calidad y cantidad de vida. Así mismo, sugieren que los instrumentos genéricos son preferibles cuando se requiere abordar aspectos de salud pública y tomar decisiones al respecto; por otra parte, los instrumentos específicos para la enfermedad son preferibles cuando se evalúa el impacto de un cambio en estudios clínicos. No obstante, los instrumentos específicos de una enfermedad son inapropiados cuando el niño tiene más de un padecimiento.

Wysocki y Gavin (2005), hicieron un estudio con padres de adolescentes que padecían enfermedades crónicas, hallando que a mayor involucramiento de los padres en la atención médica de la enfermedad, se mostraba un menor deterioro en la calidad de vida, así como adherencia al tratamiento. Así mismo, el grado de involucramiento de los padres no estaba asociado al pronóstico o la evolución del problema médico.

En otro estudio, Linder (2005) efectuó una revisión de la literatura para evaluar los instrumentos de síntomas físicos en niños y adolescentes con cáncer y aquellos que ya han completado el tratamiento. Los objetivos

incluyeron la identificación de instrumentos para medir síntomas físicos, una descripción de cómo los síntomas se conceptualizaron, la descripción de las propiedades psicométricas y la determinación de la adecuación a cada grupo de edad. Se analizaron 19 estudios de 23 hallados en la literatura, de los cuales cinco medían solo síntomas de náusea, vómito y fatiga; 9 estudios reportaron múltiples síntomas y sólo 5 consideraron los síntomas físicos como un componente de algún instrumento de calidad de vida. De manera general, estos instrumentos mostraron una confiabilidad y validez aceptables.

5.3. Implicaciones en problemas de salud

En relación con la calidad de vida, Barrera, Wayland, D'Agostino, Gibson, Weksberg y Malkin (2003) realizaron un estudio que tuvo como propósitos investigar: (a) las diferencias de edad en el ajuste psicológico y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes pediátricos con cáncer, y (b) identificar los predictores de estas variables. La muestra incluyó pacientes en edad preescolar, escolar y adolescentes. Se obtuvieron los datos a los 3 (n = 69), 9 (n = 47), y 15 (n = 44) meses después del diagnóstico, empleando cuestionarios estandarizados completados por la madre. Los instrumentos midieron el ajuste psicológico, la calidad de vida en relación con la salud, así como el temperamento y el ajuste psicológico de la madre. La edad de diagnóstico afectó significativamente las variables en cuestión.

A los 3 meses posteriores al diagnóstico, los preescolares presentaron más problemas de externalización que los adolescentes. Los preescolares tuvieron mejor calidad de vida en relación con la salud que los adolescentes, en las tres mediciones. El ajuste materno y el temperamento infantil fueron los mejores predictores de ajuste psicológico; la edad fue el mejor predictor de calidad de vida relacionada con la salud.

El resultado de este estudio sugiere que los preescolares con cáncer están en riesgo de presentar problemas de externalización, en tanto que los adolescentes están en riesgo de tener una calidad de vida en la salud pobre. Dentro de las limitaciones del estudio, estuvo la dificultad para realizar seguimientos a mediano y largo plazo. Entre las causas estuvieron: la referencia a hospitales locales, la deserción en pacientes con recaída y los decesos.

En otra investigación, Redaelli, Stephens, Brandt, Botteman y Pashos (2004) midieron el impacto de la calidad de vida en relación con la salud en pacientes con leucemia aguda mielocítica (LAM) y sus tratamientos. Hicieron una revisión de la literatura publicada en inglés de 1990 a 2002 y revisaron los tipos de instrumentos para medir calidad de vida en relación con la salud y las áreas medidas, los aspectos de la enfermedad y el tratamiento que se evaluaron, así como los resultados obtenidos. Se encontraron 21 artículos, encontrando que la LAM y los tratamientos utilizados tienen un impacto negativo en la calidad de vida en relación con la salud, tal como se ha medido por los distintos cuestionarios generales o específicos para cáncer o leucemia.

Hallaron que los efectos más negativos en este aspecto, son más elevados después del diagnóstico y durante el curso de la terapia. Los sobrevivientes a largo plazo aparentemente recuperan la calidad de vida casi completamente en relación con su bienestar físico, psicológico y emocional, aunque suelen presentar disfunciones sexuales.

Así mismo, Wright, Galea y Barr (2003) describieron las autopercepciones de actividad física en sobrevivientes de leucemia aguda y exploraron las relaciones de éstos hallazgos con cuestionarios de calidad de vida y descriptores clínicos. Los participantes fueron 62 niños y adolescentes que se trataron de leucemia, comparados con 71 sujetos sanos, quienes contestaron el Children's Self-perceptions of Adequacy and Predilections for Physical Activity (CSAPPA) y el Health Utilities Index (HUI).

Encontraron que los niños y adolescentes de la muestra clínica tuvieron una autopercepción pobre de su adecuación y realizan menor actividad física en comparación con el grupo de gente sana de su misma edad, lo cual sugiere que los sobrevivientes de Leucemia están en riesgo de preferir actividades sedentarias. No obstante, disfrutaban al igual que los individuos sanos de las actividades placenteras, aunque existe una autopercepción pobre.

En suma, la autopercepción pobre de actividad física está asociada con una calidad de vida pobre en sobrevivientes de leucemia aguda infantil. Así mismo, el alto riesgo de presentar recaída fue un predictor de autopercepción pobre en la actividad física, la cual puede justificarse por los efectos de los tratamientos en este grupo de pacientes. De igual manera, las mujeres se percibieron

menos adecuadas y con mayor dificultad para disfrutar las actividades que realiza, en tanto que la edad fue un predictor para disminuir el disfrute de actividades gratificantes.

También Bessell (2001) investigó el ajuste psicosocial, la calidad de vida y las experiencias profesionales de sobrevivientes de cáncer, usando métodos cualitativos y cuantitativos en diversas fuentes de información. Examinó el ajuste de los sobrevivientes al cáncer y las secuelas posteriores al tratamiento de cáncer. Las mediciones cuantitativas mostraron ansiedad en los niños y dificultades en el ajuste psicosocial en las áreas de competencia escolar, estabilidad emocional y competencia social. Los resultados cualitativos revelaron que los estudiantes que repitieron grado escolar estaban preocupados especialmente por su desempeño académico y las relaciones con sus compañeros. Los reportes de los padres los refirieron inadecuados académicamente y socialmente aislados.

De entre los diversos instrumentos que se han elaborado para medir la calidad de vida, se encuentra el Inventario de Calidad de Vida Pediátrico (Varni, 2004), el cual se ha probado en un inicio en población clínica y recientemente en población normal (Varni, Burwinkle y Seid, 2006); se han determinado sus características psicométricas utilizando población abierta y con diversos problemas médicos, en donde se ha mostrado un mayor deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud de los niños y adolescentes con enfermedad médica (Varni, Limbers y Burwinkle, 2007); en la medición del impacto de programas de salud en población pediátrica (Seid, Varni, Cummings y Schonlau, 2006); niños y adolescentes con fibromialgia (Varni, Burwinkle, Limbers y Szer, 2007); población pediátrica con lupus eritematoso (Moorthy, Harrison, Peterson, Onel y Lehman, 2005). En todos estos estudios, se han confirmado las propiedades psicométricas del instrumento, con similitudes en cuanto a las áreas de la calidad de vida que se afectan por enfermedades médicas, al margen del diagnóstico médico, el curso o el pronóstico.

En otro aspecto, las propiedades psicométricas de este instrumento han sido comprobadas en población pediátrica con padecimientos psiquiátricos (Bastiaansen, Koot, Bongers, Varni y Verhulst, 2004). En esa investigación, al comparar la muestra que tenía diagnóstico psiquiátrico y la muestra sin datos de psicopatología, se halló que el instrumento es capaz de diferenciar entre

ambos grupos, hallando mayor deterioro en la calidad de vida en relación con la salud, en la muestra clínica.

Este inventario tiene además de la forma general, módulos específicos para diversas enfermedades: asma (Varni, Burwinkle, Rapoff, Kamps y Olson, 2004), artritis reumatoide (Robinson, Nahata, Hayes, Rennebohm y Higgins, 2003) y cáncer (Varni, Katz, Seid, Quiggins, Friedman-Bender y Castro, 1998), con formas para pacientes y padres.

De manera específica, Varni, Rode, Seid, Katz, Friedman-Bender y Quiggins (1999), desarrollaron el Inventario de Calidad de Vida en Cáncer Pediátrico versión corta (PCQL-32) que mide la calidad de vida relacionada con la salud (HRQOL) de los pacientes que han desarrollado cáncer pediátrico.

Los 32 ítems de la versión corta del PCQL-32 se derivaron empíricamente de la forma larga del PCQL (84 ± 87 reactivos), el cual se administró a 291 pacientes pediátricos y sus padres durante varias fases de tratamiento.

La viabilidad del PCQL-32 fue muy buena, con menos de .01% de valores perdidos. El rango de mediciones fue total, sin efectos de techo (mayores síntomas/problemas) y efectos bajos o moderados (los menores síntomas/problemas). El PCQL-32 demostró muy buena viabilidad y rango de mediciones.

Una vez que se mencionaron los aspectos metodológicos y algunos de los estudios que muestran la utilidad y eficacia de los componentes de la intervención en el manejo psicológico de problemas de salud, así como de la medición de la calidad de vida, se muestran en seguida los resultados de los estudios realizados para sustentar la presente tesis.

CAPITULO 6

Implementación de una intervención en la modalidad cognitivo-conductual breve y comparación con la intervención Institucional

Objetivos generales

1. Diseñar un programa de intervención psicológica en la modalidad de terapia cognitivo-conductual breve en adolescentes con leucemia aguda
2. Contrastar las mediciones respecto a la ocurrencia de estresores durante el último año de vida de los adolescentes, en los participantes de las dos modalidades de intervención.
3. Contrastar las mediciones pre y postest de las dos modalidades de intervención en ansiedad, depresión, afrontamiento y calidad de vida en relación con la salud.
4. Contrastar las mediciones pre y postest de las dos modalidades de intervención en algunos indicadores relacionados con el tratamiento: uso de psicofármacos, analgésicos o antieméticos, síntomas de ansiedad y depresión posterior a la intervención, síntomas secundarios a los tratamientos médicos, recurrencia al servicio de salud mental posterior a la intervención, y satisfacción con la intervención.

Objetivos particulares

- 1.1. Adaptar la entrevista motivacional para aplicarla de acuerdo con el padecimiento médico
- 1.2. Elaborar una versión modificada de la técnica de relajación autógena
- 1.3. Elaborar una versión modificada del modelo de intervención de Solución de problemas de Nezu y Nezu
- 1.4. Adaptar el programa de intervención en número de sesiones y contenidos a la población blanco
- 2.1. Describir los resultados de las intervenciones en relación con algunas variables psicológicas y el ajuste en la calidad de vida relacionada con la salud

3.1. Contrastar las mediciones pretest y posttest, en las variables de interés:

- a) Sucesos de vida
- b) Ansiedad y depresión
- c) Estrategias de afrontamiento
- d) Calidad de vida en relación con la salud
- e) Algunos indicadores adicionales, relacionados con el uso de fármacos, síntomas secundarios a los tratamientos médicos, así como recurrencia al servicio de salud mental
- f) Algunos indicadores de Validez social

MÉTODO

Participantes

Se contactaron 17 pacientes, en un periodo de siete meses. Del total, seis se negaron a participar por las siguientes razones: uno porque ya estaba siendo atendido en una Organización no Gubernamental, uno porque tenía recaída posterior a la vigilancia, otro porque el paciente era candidato a transplante de médula ósea. Así mismo, tres decidieron no participar en el estudio.

Durante el proceso de aplicación de instrumentos, uno se descartó porque no completó la evaluación, dos pacientes decidieron retirarse de forma voluntaria (un femenino y un masculino, a ambos se les detectó recaída) y otro no acudió a recibir la intervención.

La muestra definitiva quedó conformada por seis participantes. En adición, seis madres y dos padres contestaron los cuestionarios de calidad de vida. Los datos fueron recabados del formato de consentimiento informado y el expediente clínico.

En relación con el nivel socioeconómico, cuatro participantes provenían de nivel socioeconómico bajo, uno de nivel socioeconómico medio-bajo y otro de nivel medio. Esto fue determinado de acuerdo con los criterios determinados por el servicio de trabajo social de la Institución hospitalaria.

Se consideraron para entrar en el estudio los pacientes de 13 a 18 años con Diagnóstico de Leucemia Aguda Linfocítica o Leucemia Aguda Mielocítica de recién diagnóstico o en etapa de remisión completa continua.

En el presente estudio se respetó el derecho a recibir información del paciente, se proporcionó información ante dudas, se les indicó que para los fines de la investigación sólo se incluyó a los sujetos que se interesaron en participar en este estudio.

A quienes no ingresaron al mismo, se les proporcionó el tratamiento habitual por parte del servicio de Salud Mental de la Institución. Así mismo, no se realizaron procedimientos invasivos.

Cabe mencionar que al momento del postest, la mayoría había iniciado la fase de mantenimiento (mediante medicamentos ingeridos de forma oral y quimioterapia ambulatoria). La descripción de la muestra se describe en las Tablas 5 y 5a.

Tabla 5. Descripción de edades, escolaridad y procedencia de participantes, diagnóstico, etapa del tratamiento y modalidad de tratamiento recibida, en los 6 casos definitivos

Caso	Edad	Sexo	Escolaridad	Procedencia	Diagnóstico	Modalidad
1	13	Femenino	1° secundaria	DF	LAL L1	TCCB
2	16	Masculino	1° Bachillerato	DF	LAM M3	TCCB
3	15	Femenino	3° secundaria	Edo. de México	LAL L1	II
4	13	Masculino	1° secundaria	Edo. de México	LAM M3	II
5	13	Masculino	6° Primaria	Hidalgo	LAL L1	II
6	13	Femenino	2° Secundaria	DF	LAL L1	TCCB

Tabla 5a. Descripción de edad, sexo y escolaridad de los padres, en los 6 casos definitivos

Caso	Edad	Sexo	Escolaridad
1	34	Femenino	Secundaria
2	47	Femenino	Bachillerato técnico
3	37	Femenino	Secundaria
4	42	Femenino	Bachillerato técnico
5	40	Femenino	Secundaria
6	39	Femenino	Secundaria

Diseño

Se aplicó un diseño de caso único con control, con diseño A B A con línea base única y tres réplicas para cada condición terapéutica, con medidas pre y post tratamiento, así como medidas repetidas para medir la tensión-relajación percibida y la frecuencia cardiaca promedio.

Al término de la intervención, se pidió a los padres y adolescentes que contestaran el Cuestionario de indicadores adicionales y validez social de la intervención.

Materiales e instrumentos

1. Carta de consentimiento informado (Apéndice C)
2. Cuestionario de Sucesos de Vida (Lucio y Durán, 2003)

Es un cuestionario de autorreporte para adolescentes de edades entre 13 y 18 años. Consta de 130 reactivos: 129 de éstos miden estresores, en tanto que la pregunta 130 es abierta e indaga la respuesta a estresores negativos.

Así, se identifica la incidencia de sucesos de vida estresantes cotidianos y mayores en 7 áreas: relaciones familiares, problemas de conducta, escolar, personal, problemas de salud, social, logros y fracasos. Cada reactivo tiene 4 opciones de respuesta: a) me sucedió y fue bueno para mí, b) me sucedió y fue malo para mí, c) me sucedió y no tuvo importancia, d) no me sucedió.

Los sucesos normativos y no normativos se califican asignando diferente puntuación a cada tipo de acuerdo a la evaluación (si es sucesos normativo positivo tiene una calificación de 1, si es no normativo negativo, se le asigna calificación de 5). Estas puntuaciones se convierten a puntuaciones T y se obtiene un perfil por sujeto para los sucesos positivos y negativos.

Se aplica a adolescentes con edades entre los 13 y 18 años. Presenta un coeficiente de consistencia interna (Kuder-Richardson) de 0.89, con confiabilidad de 0.76 para los acontecimientos positivos y de 0.88 para los acontecimientos negativos.

La validez se obtuvo mediante cuatro métodos: de jueces, obteniéndose un acuerdo de más del 80% en la clasificación de reactivos por área, y 80% de los jueces clasificaron al 76% de los sucesos de igual manera. La validez de constructo se obtuvo por medio de la "t" de Student.

Para obtener la consistencia interna del instrumento se correlacionó cada área con todo el instrumento, encontrándose .76 con el área familiar, .82 con el área social, .81 en el área personal, .59 con el área de problemas de conducta, .68 en logros y fracasos, .64 en salud y .52 en escolar.

De igual manera, la comparación de una muestra clínica y una normal mediante la prueba "t" de Student resultó significativa con una $p=0.001$ para las áreas familiar, social, problemas de conducta y escolar.

3. Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota en su forma para adolescentes (MMPI-A) (Lucio, Ampudia y Durán, 1998).

La muestra normativa a la que se aplicó en México estaba en el rango entre 14 y 18 años, aunque recientemente se ha aplicado con buenos resultados en adolescentes de 13 años (Lucio y Hernández, manuscrito no publicado). Contiene 478 reactivos autodescriptivos, con opción verdadero-falso. Tiene 39 escalas divididas en: escalas de validez, escalas clínicas, suplementarias y de contenido.

Los estudios han mostrado que en la mayoría de las escalas básicas los coeficientes de consistencia interna fluctúan en un rango entre 0.52 y 0.87 en la población mexicana. Así mismo, los coeficientes de consistencia interna para las escalas de contenido y suplementarias varían entre 0.35 a 0.87, diferenciando entre muestra clínica y normal, por lo que el MMPI-A es un instrumento válido y confiable para la población mexicana.

En un estudio posterior, se probó la estabilidad temporal del instrumento, encontrando correlaciones significativas en tres mediciones (Pérez, Durán y Lucio, 2003). De manera específica, la escala de ansiedad de la versión para adolescentes (ANS) consiste de 21 reactivos, del total que conforma el Inventario.

Los adolescentes que tienen puntajes elevados en esta escala refieren síntomas de ansiedad, incluyendo tensión, nerviosismo, ansiedad y rumiación, así como las autopercepciones de estar agobiados por el estrés.

La mayoría de los reactivos de la escala de ansiedad incluyen cogniciones y actitudes relacionadas con la manifestación fisiológica de síntomas de ansiedad. Archer (1997) indica que existe una fuerte correlación de .84 con la escala 7 de las escalas básicas (psicastenia).

Ahora bien, la escala de depresión en adolescentes (DEP) está constituida de 26 reactivos y se refieren a la presencia de tristeza, apatía, disminución de la energía, sentimientos de desesperanza e ideación suicida. Esta escala ha mostrado una elevada correlación ($r=.92$ en hombre y $r=.90$ en mujeres) con los puntajes de la escala de contenido "Depresión de Wiggins" dentro del mismo MMPI-A en una muestra de adolescentes con diagnóstico de depresión.

4. Cuestionario de afrontamiento para adolescentes (Lucio, Villarruel y Villegas, 2005) cuyas propiedades psicométricas se presentaron en el Apéndice D. Este instrumento se ha utilizado para identificar las estrategias de afrontamiento que utilizan adolescentes resilientes que pertenecen a tribus urbanas (Gómez, 2008).

5. The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32) Forma general, versiones breves para adolescentes y padres; así como el módulo de cáncer, versión breve para adolescentes y padres (Varni, 2004), traducidos al español. El módulo para cáncer, al no contar con propiedades psicométricas para la población en que se centró este estudio, sólo se usó como lista de chequeo.

De acuerdo con la formas de calificación establecida por el autor, **a menor puntuación, menor deterioro en la calidad de vida relacionada con la salud**; en consecuencia, **el obtener puntajes de 0 en las áreas, equivale a un 100% de funcionalidad.**

6. Cuestionario para padres I-VS (Indicadores y validez social) (Ver Apéndice E). Esta es una lista de chequeo que contiene los indicadores adicionales que se midieron en la intervención, así como las preguntas dirigidas a los padres para obtener la validez social de esta investigación.

Escenarios

El estudio se desarrolló en el área de Salud Mental del Instituto Nacional de Pediatría, en el consultorio utilizado por la psicóloga adscrita. La aplicación de instrumentos se realizó en éste escenario, además de los ambientes de hospitalización. Se aplicaron los instrumentos conforme se captó al paciente y en cuanto su estado físico se lo permitió.

Variables

Variable independiente: Terapia Cognitivo Conductual Breve

Se define como la modalidad de Terapia Cognitivo-Conductual "que se ha presentado en menos de 10 – 20 sesiones que el promedio de la terapia Cognitivo-Conductual habitual, y/o la presentación en un periodo de tiempo limitado" (Bond y Dryden, 2002, p.p.21).

Para los fines de este trabajo, se integró de 3 componentes, aplicados durante 5 sesiones, con una duración aproximada de 60 minutos (Apéndice F). Los componentes utilizados fueron: 1. Entrevista Motivacional, 2. Relajación autógena y 3. Entrenamiento en solución de problemas.

Variables dependientes:

Afrontamiento:

De acuerdo con Lazarus (1991), se refiere al proceso de manejar las demandas internas o externas que ponen al límite o exceden los recursos personales de adaptación, las cuales generan estrés. Las respuestas de afrontamiento se midieron a través del Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A).

Ansiedad:

De acuerdo con Díez (citado en Vallejo y Gastó, 2000, p. 33) "la ansiedad es una reacción adaptativa de emergencia ante situaciones que representen o sean interpretadas como una amenaza o peligro para la integridad psicofísica del individuo... pone en marcha una serie de mecanismos defensivos a través, entre otras cosas, de una estimulación del sistema simpático y de la liberación de catecolaminas, que son las responsables de una buena parte de los síntomas de la respuesta ansiosa. Las manifestaciones de ansiedad consisten

en una respuesta vivencial, fisiológica, conductual y cognitiva, caracterizada por un estado generalizado de alerta y activación”.

En relación con la forma de medirla, se usaron los puntajes en la escala de contenido ANS (Ansiedad-Adolescente). Al respecto, Archer (1997) menciona que los puntajes elevados en esta escala del MMPI-A denotan la presencia de sintomatología ansiosa importante.

Depresión:

Según Segal, Williams y Teasdale (2002, pág. 9), la depresión clínica “es un estado en el cual el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés ocurre junto con otros signos físicos y mentales, como son: dificultad para dormir, disminución del apetito, dificultad para concentrarse, sentimientos de desesperanza y preocupaciones. Se hará un diagnóstico de depresión cuando un número de estos elementos se presenten al mismo tiempo, al menos durante dos semanas, y que se observe que interfiere con la habilidad de la persona para hacer sus actividades cotidianas”.

Para medir la depresión, se utilizó el puntaje que cada sujeto obtuvo en la escala clínica D (Depresión) y la escala de contenido DEP (Depresión-Adolescente) del MMPI-A. Según Archer (1997), la elevación del puntaje t en relación con los valores promedio en estas escalas, denota la presencia de sintomatología depresiva importante.

Variable relacionada

Calidad de Vida en relación con la salud

De acuerdo con Spieth y Harris (1996, pág. 175), *“La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al impacto objetivo y subjetivo de la disfunción asociada con una enfermedad o daño, tratamiento médico y políticas de cuidado de la salud”.*

Esta variable se midió por medio de las respuestas que proporcionaron los participantes y sus cuidadores al PedsQL™ en la forma general y la forma para Cáncer.

Indicadores adicionales

Los indicadores constituyeron datos adicionales que permitieron medir el costo-beneficio de la intervención percibidos por el paciente, en primera instancia y para la Institución, completando la investigación de resultados.

Dichos datos se obtuvieron a través de un cuestionario tipo encuesta que se aplicó a los participantes y sus padres/cuidadores al término de la aplicación de instrumentos del postest. Se denominó Cuestionario de Indicadores y Validez Social (IV-S). Estos son los indicadores que se incluyeron:

- Recurrencia de atención psicológica posterior al tratamiento durante el periodo de seguimiento
- Disminución de síntomas secundarios a la quimioterapia
- Disminución, aumento o ausencia de síntomas de ansiedad y depresión
- Disminución o ausencia en la administración de psicofármacos, fármacos para el dolor y antieméticos al adolescente
- Beneficios percibidos de la intervención psicológica
- Aspectos que sean de su interés a tratar en estudios posteriores
- Satisfacción con la intervención

Procedimiento

1. Obtención de la muestra

Se procedió a captar a los pacientes que cubrieron los criterios, se les solicitó su participación en el protocolo y se hizo una entrevista breve con paciente y padres, mencionando el propósito de la intervención y las condiciones

mencionadas en el formato del consentimiento informado, al tiempo que se señalaron los probables beneficios para el bienestar del paciente y de los padres. Se les dijo que:

“se les orientará para ayudarlos a entender la enfermedad y ayudarlo a manejar algunas situaciones difíciles”.

Se les pidió su colaboración para el estudio, confirmado por los padres/cuidador mediante la lectura y firma del consentimiento informado (Apéndice C).

2. Aplicación de instrumentos del pretest

Se aplicaron los instrumentos a los participantes de la siguiente manera: a) Cuestionario de afrontamiento para adolescentes, cuestionario de adolescentes en la forma salud-C, PedsQL, MMPI-A. El tiempo de aplicación de la batería de cuestionarios fue variable, dependiendo de las condiciones específicas de cada participante.

3. Asignación a intervenciones

Se asignó a los participantes a una de las condiciones considerando que existiera la petición de interconsulta por parte del personal médico o de trabajo social para la psicóloga responsable del servicio, en cuyo caso se asignó a la intervención institucional.

4. Aplicación de las intervenciones

Se convino con el participante un horario para proporcionar la intervención, que coincidió con fechas en las cuales acudieron al hospital a recibir atención médica.

- a) La intervención institucional se impartió en una ó dos sesiones en las cuales se proporcionó intervención en crisis, información respecto al padecimiento médico y/o estrategias cognitivas para amortiguar el impacto de la enfermedad y la hospitalización para el paciente y su familiar.

La duración de la implementación de cada sesión fue de aproximadamente una hora, dependiendo del estado general del paciente, si se hallaba hospitalizado o acudía a la consulta externa, así como de la disposición de tiempo en la agenda de la psicóloga asignada al servicio de Hematología Pediátrica.

- b) La intervención de cinco sesiones, que se encuentra descrita en el Manual (Véase Apéndice F)

Una vez que se ha detallado la metodología usada para realizar el presente trabajo de tesis, se mostrarán a continuación los resultados observados.

CAPITULO 7

Resultados

El hecho de que la leucemia sea la sexta de las principales causas de mortalidad infantil y en edad escolar en el 2007 (Sistema Nacional de Información en Salud, 2008), aunado a la cantidad de ingresos en hospitalización que requiere el tratamiento del padecimiento, tiene como consecuencia alteraciones en el ajuste psicosocial del paciente y su familia.

Debido a lo anterior, surge la inquietud de medir y comparar dos formas de intervención, partiendo de una misma orientación metodológica, con el fin de verificar los resultados de las mismas para amortiguar el deterioro en la salud emocional de los adolescentes que padecen dicho padecimiento, así como disminuir el sufrimiento y mejorar su calidad de vida.

Debido a las características metodológicas y prácticas que contiene el presente trabajo, es pertinente mostrar una breve reseña de cómo se desarrolló el proyecto de investigación, las transformaciones que surgieron a partir del desarrollo del mismo, y en última instancia, cómo devino en la presentación de estos estudios de caso controlados.

En este sentido, en el periodo en el que se gestó la idea de esta disertación, el propósito estaba encaminado a hacer un estudio riguroso de investigación de resultados de un paquete de intervención psicológica para adolescentes con leucemia aguda, por medio de una metodología rigurosa, como es el ensayo clínico aleatorizado.

En el transcurso del tiempo y conforme se desarrolló el trabajo clínico dentro del escenario institucional, se observó una serie de eventos en relación con las dificultades para obtener la muestra, además de los inconvenientes para que acudieran a la intervención.

Estas contrariedades se debieron esencialmente a la baja incidencia del padecimiento físico entre adolescentes, la dificultad para obtener el consentimiento informado o que los participantes acudieran a recibir atención, así como las variaciones en el estado físico general del paciente.

Otro problema fue el contar con instrumentos psicométricos apropiados culturalmente, que se resolvió de dos maneras: diseñando un cuestionario de afrontamiento para adolescentes y obteniendo las propiedades psicométricas del PedsQL™ un instrumento de calidad de vida pediátrico, usado ampliamente en investigaciones.

Ante este panorama, se establecieron diversas modificaciones en la metodología, que permitieron que la intervención se apegara aún más al ambiente cotidiano que se presenta en los ambientes hospitalarios.

Se reconsideró el estudio de caso controlado como una metodología valiosa para avanzar en el desarrollo de estrategias y formas de intervención que mejoren la práctica del psicólogo insertado en las Instituciones de Salud, especialmente cuando no se cuentan con las condiciones para hacer estudios que implican un mayor control de las variables, como en la presente investigación.

Por lo tanto, para esta investigación, la muestra total se obtuvo por goteo y el tamaño quedó sujeto a la disponibilidad de la misma. Se asignaron a una de las dos condiciones de tratamiento: Terapia cognitivo-conductual breve o intervención institucional, bajo la consideración de que los pacientes referidos por interconsulta a la psicóloga adscrita a la Institución, fueron asignados a la intervención institucional, en consideración a los procedimientos administrativos. A continuación, se mostrarán los informes de los seis casos de estudio controlado, que conformaron la muestra definitiva.

Casos 1, 2 y 3:

Aplicación de Terapia Cognitivo Conductual Breve¹

Caso 1 (TCCB)

Características relevantes

El caso uno tenía 13 años al momento del estudio, de sexo femenino, siendo la hija mayor de una familia nuclear con dos hijas. Ingresó a la Institución con diagnóstico de Leucemia Aguda Linfocítica, con alto riesgo por la edad de aparición. Al momento que se le contactó, se encontraba en la fase de inducción a la remisión continua y se le administraba quimioterapia. Su madre ejercía el papel de la cuidadora.

Al aceptar el tratamiento, las expectativas de la paciente eran mostrarse menos ansiosa por los tratamientos y poder relacionarse socialmente mejor con las demás personas, puesto que se definía como "tímida". Desde el momento del diagnóstico, dejó de acudir a la escuela. Se aplicó TCCB en cinco sesiones, sin posibilidad de hacer el seguimiento debido a complicaciones graves en la salud de la paciente.

Objetivos de la intervención

- a) Incrementar la adherencia a la intervención psicológica, utilizando la estrategia de la Entrevista Motivacional
- b) Disminuir los síntomas ansiosos que se manifiestan como activación fisiológica, a través del entrenamiento en relajación autógena
- c) Modificar las distorsiones cognitivas que intervienen en la manifestación de la ansiedad, así como en la dificultad para comunicarse de manera asertiva con el personal de la institución, por medio del entrenamiento en solución de problemas

Resumen de la intervención

¹ Se refiere a la intervención multicomponente que se diseñó para la investigación

Sesión 1

En primera instancia, se abordaron los motivos que la llevaron a aceptar el apoyo psicológico, y con base en éstas, se exploraron las motivaciones y los probables obstáculos que dificultarían acudir. Ella indicó que quería sentirse menos triste por lo que le estaba ocurriendo, puesto que le desagradaba estar internada en el hospital y tolerar los efectos secundarios de los tratamientos.

Entre los motivos por los que acudió a recibir atención, manifestó: sentirse mejor, menos triste, hablar con alguien de las cosas que le hacen sentir mal, aprender a ser menos tímida. Por el contrario, las dificultades que refirió fueron: sentirse mal de salud y acudir a los tratamientos médicos en los horarios programados.

Cabe mencionar que la madre era quien estaba más insistente en que recibiera ayuda, puesto que la notaba en ocasiones muy triste y con llanto, o se enojaba con facilidad, o evitaba hablar con otras personas. Así mismo, indicó que antes de ser diagnosticada de la enfermedad, ya presentaba ese comportamiento, pero se exacerbó a raíz de que tuvo que ser hospitalizada.

Posteriormente, se le indicó a la participante que tratara de identificar entre las cosas que le sucedían y le hacían sentirse mal, a aquellas que consideraba que eran problemas. De esta manera, indicó que eran las molestias de la enfermedad y la dificultad para comunicarse con otras personas.

De manera concomitante, se registró la línea base de la frecuencia cardíaca y el autoinforme de relajación (antes y después del registro fisiológico). Se le proporcionó el formato de la sesión 1, previa explicación y se le citó una semana posterior.

Sesión 2

Se revisó la tarea de la sesión previa, con lo cual se acordó con la participante la prioridad del malestar emocional a causa de la enfermedad. Se le indicó que

más adelante se abordarían las situaciones que mencionó en la tarea, puesto que se le iba a entrenar una forma de relajarse (relajación autógena, componente 2 de la intervención). Se le explicó el objetivo de dicha técnica, cómo funcionaba en el organismo y sus beneficios.

En seguida se aplicó el procedimiento de la relajación autógena, con las correspondientes mediciones de frecuencia cardíaca y el autoinforme de relajación.

Posteriormente, en relación con el malestar emocional secundario a la enfermedad, se prosiguió con la aplicación del componente de solución de problemas, se identificaron las alternativas de solución, que consistieron en estrategias de reestructuración cognitiva, centradas en modificar los pensamientos negativos que se presentaban cuando requería permanecer internada, centrar la atención en los eventos positivos que ocurrían dentro y otra posibilidad fue hacer actividades manuales e intentar dialogar con los otros pacientes con los que compartía el ambiente hospitalario, o las estancias donde se les atiende.

Se le indicó idear de qué manera podía llevar a cabo cada alternativa, así como identificar qué tan complicado o fácil sería que pudiera llevarlas a cabo. Se acordó como tarea poner en práctica cada una de ellas, en la medida de lo posible, iniciando por las estrategias cognitivas. De igual manera, se le pidió que practicara la estrategia de relajación al menos dos veces por día, o cuando se sintiera con molestias.

Sesión 3

En esta sesión se revisaron en primer lugar las tareas que se acordaron en la sesión previa, que consistieron en la práctica del ejercicio de relajación eligiendo al menos un periodo de tiempo durante el día y previo a la exposición a procedimientos invasivos.

Por otra parte, se le indicó poner en práctica una de las alternativas de solución a sus dificultades para relacionarse. Indicó que había podido usar de forma sistemática la relajación cuando tiene que recibir quimioterapia y la aspiración de médula ósea, lo cual le sirvió para sentirse más tranquila y sentir menos dolor, náuseas y mareo.

Se realizó el procedimiento para medir relajación autógena, con las correspondientes mediciones fisiológicas. Así mismo, se analizaron los resultados de las alternativas de solución que puso en práctica. Ella indicó que pudo entablar el diálogo con los otros adolescentes con los que coincidió en el hospital, aunque se le dificultó hablar de cosas personales.

Aunque indicó que se había sentido bien en cuanto a su estado de ánimo, le desagradaba cada vez más asistir al hospital y sentía muchas molestias. Se analizó esa situación y se le pidió que sugiriera formas en las que pudiera tolerar tal malestar. Refirió que su madre le había animado a poner en práctica lo que se ha trabajado en terapia, lo cual le había ayudado a sentirse mejor.

Se acordó que hiciera las tareas acordadas la ocasión anterior, integrarse a alguna actividad de las que realizaba el voluntariado, para interactuar con otros pacientes y distraerse de la incomodidad que le generó el ambiente hospitalario y su propio malestar físico.

Sesión 4

Al ingresar, la madre indicó que había estado con muchas molestias en la semana, derivadas de los tratamientos médicos y de una infección persistente, por lo que había permanecido la mayor parte del tiempo en casa y sólo acudió a revisiones al hospital.

Se le preguntó a la participante si se sentía en condiciones para trabajar la sesión, indicando que sí se sentía con energía y disposición. Se revisó brevemente si pudo continuar practicando la relajación, e indicó que aunque con menos frecuencia que en las semanas anteriores, le ayudó a sentirse

mejor a pesar de las molestias que le ha originado su estado físico. Sin embargo, indicó que en ocasiones se sentía más triste y preocupada que antes.

En otro momento, expresó que su situación le enojaba y estos sentimientos los dirigía hacia su madre especialmente, en forma de discusión y renuencia a seguir sus indicaciones. Se analiza con ella las posibles causas del enojo, y entonces concluyó que en la mayor parte, se debían a las molestias que le provocaba su estado físico decaído y que no notaba mejoría.

Se le indicó que conforme a la estrategia para solucionar problemas, buscara qué cosas podía hacer para amortiguar su sufrimiento, a lo que verbalizó que una opción era distraerse viendo televisión o películas en casa y divertirse con su familia dentro de casa cuando se sintiera con energía para ello, puesto que no podía salir.

Se dejó como tarea poner en práctica el ejercicio de relajación, programando periodos de tiempo, previo a los procedimientos invasivos, o cuando comenzaba a percibir molestias físicas, así como las opciones para solucionar el problema que indicó en la sesión.

Sesión 5

En la última sesión, se revisó la utilidad de las estrategias que se abordaron a partir de las sesiones, a lo cual indicó que le fueron de mucha utilidad, aún cuando se sentía agotada y con molestias físicas.

En particular, a partir de las opciones que halló durante la sesión anterior, buscó que otras actividades podría hacer para distraerse. Así mismo, habló más con su familia de las situaciones que le molestaban del trato que recibía por parte de ellos, del sufrimiento que le implicaba la enfermedad y los tratamientos. Además, identificó qué emociones sentía y las comunicó a su familia, dándose cuenta de que compartían muchas de las cosas que le aquejaban, por lo que se sintió más comprendida y apoyada.

En relación con la relajación, indicó que le fue de mucha utilidad para sentirse más tranquila y segura cuando tenía que someterse a algún procedimiento invasivo, manejar mejor las sensaciones dolorosas, las náuseas y el mareo, a pesar de que sintiera las molestias con la misma intensidad que antes.

Se cerró la intervención, haciendo un resumen de los aspectos cognitivos y emocionales abordados, de los procedimientos utilizados, así como de los cambios que se observaron por parte del terapeuta, la madre y la participante.

Se le invitó a hacer uso de lo aprendido en las situaciones subsecuentes a las que tenga que enfrentarse. Se aplicaron los instrumentos del postest y el cuestionario IV-S. En cuanto a las mediciones pre y postest, se obtuvieron los siguientes resultados:

Medición de sucesos de vida

De manera general, se mostró un perfil homogéneo en cuanto a los sucesos positivos y negativos que se presentaron en el último año para la participante (Figura 3 y 3a). En las dos clases de sucesos, la puntuación se encuentra muy por debajo de la norma. En el caso de los sucesos positivos, las puntuaciones muestran mayor incidencia de eventos en el área familiar, de salud y escolar.

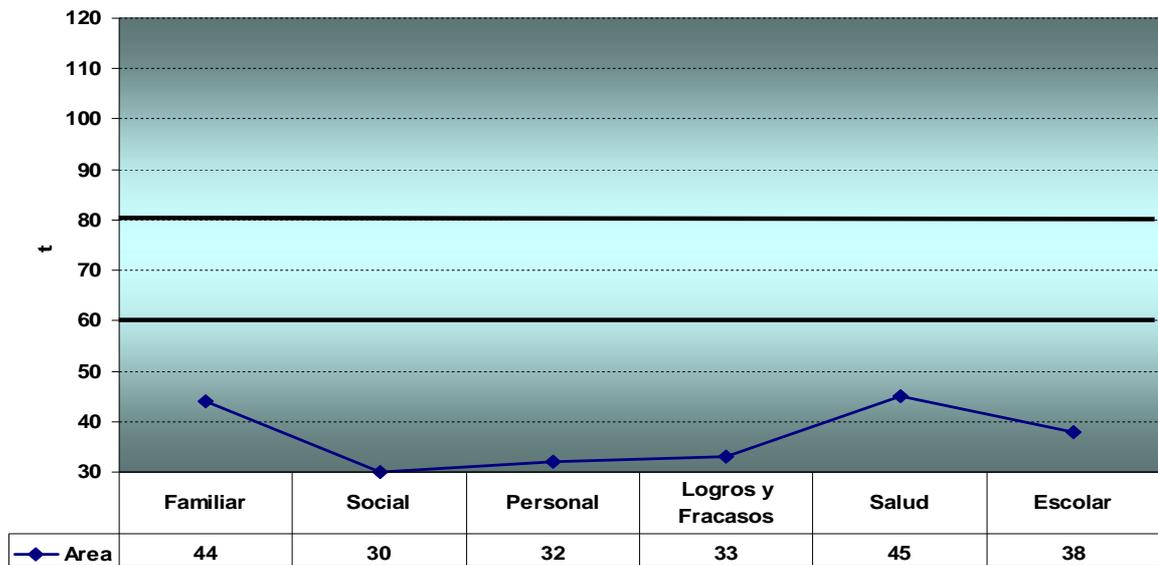


Figura 3. Caso 1. Perfil de sucesos estresantes positivos

En relación con los sucesos negativos, el reporte de la participante muestra que aunque ha habido una baja incidencia de éstos, han ocurrido acaecimientos que han tenido afectación en todas las áreas, con excepción del área personal, donde al parecer, han ocurrido menos eventualidades desfavorables.

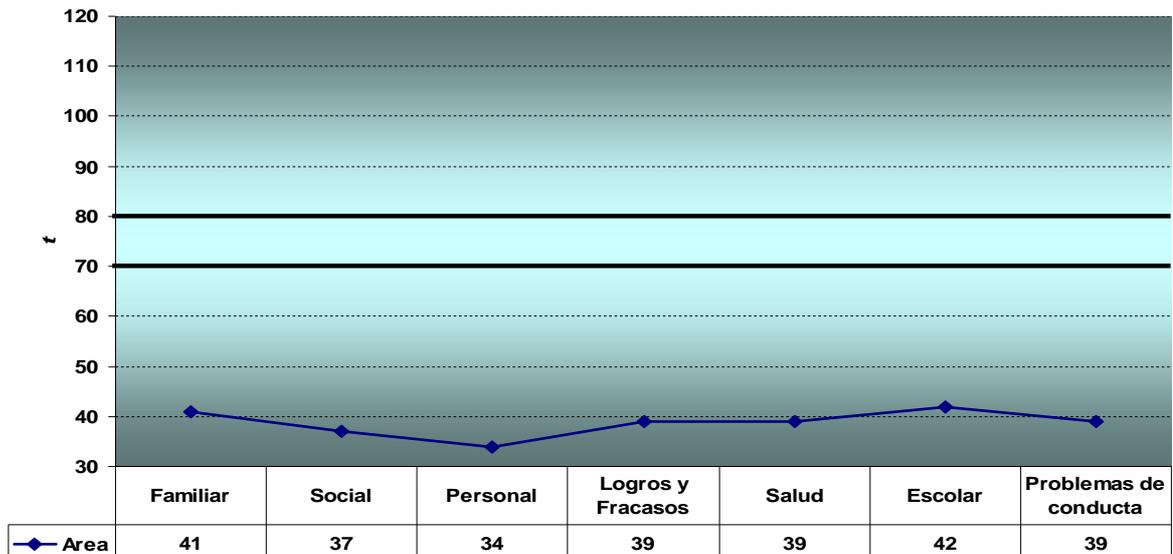


Figura 3a. Caso 1. Perfil de sucesos estresantes negativos

MMPI-A

En las escalas clínicas del MMPI-A, se encontró que la participante A al momento del pretest presentó puntuaciones dentro del promedio, aunque con mayores elevaciones en las escalas de histeria (H), depresión (D) e introversión social (IS). Éstas últimas presentaron leves disminuciones al momento del pretest (Figura 4).

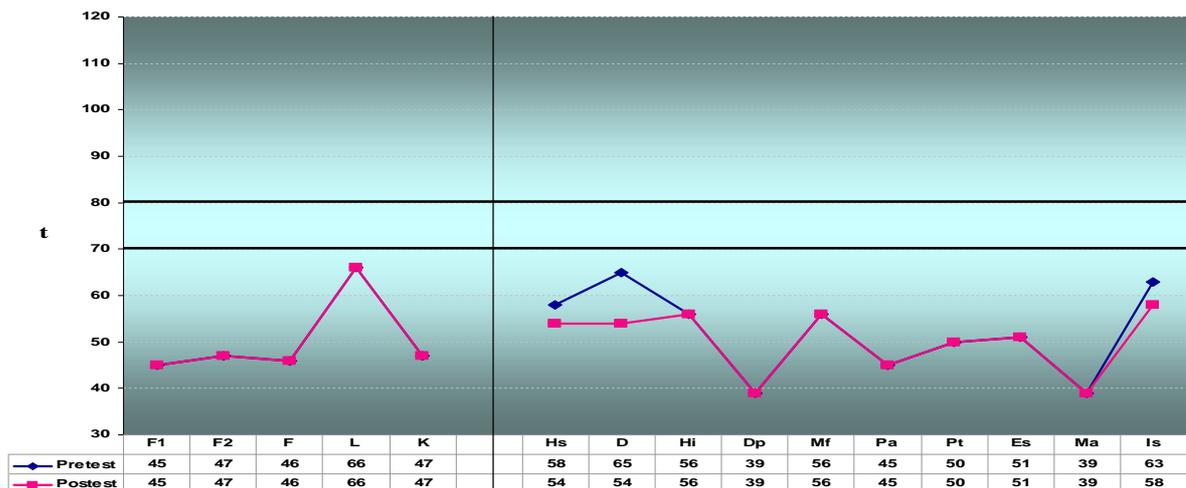


Figura 4. Caso 1. Perfil del MMPI-A Escalas de Validez y Clínicas

Por otro lado, en las escalas de contenido se encontró una elevación importante en la escala correspondiente a la familia, presentando el resto una

puntuación dentro de la norma. Posteriormente, al momento del postest se notó una leve disminución en la escala denominada Depresión-Adolescente (DEP) y en cambio, hubo una disminución mayor del malestar en la escala referente a la familia (FAM), y la escala suplementaria de ansiedad (A), como puede apreciarse en la Figura 5.



Figura 5. Caso 1. Perfil del MMPI-A: Escalas de Contenido y Suplementarias

Afrontamiento

Ahora bien, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, en el postest puede notarse un leve incremento en el uso de respuestas de control primario enfocadas a la solución de problemas, así como una disminución en las respuestas involuntarias comprometidas, especialmente en la rumiación y los pensamientos intrusivos. Así mismo, hubo un incremento en el uso de estrategias encaminadas a la religiosidad y la espiritualidad, así como en la búsqueda de apoyo fuera de la familia (Figura 6).

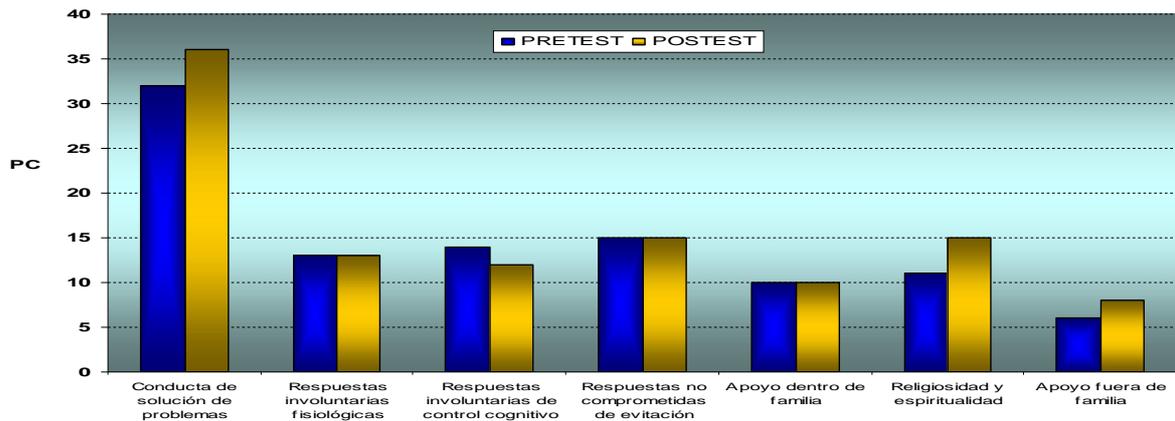


Figura 6. Caso 1. Puntajes obtenidos en el CA-A

Calidad de vida

En este caso, los puntajes de la calidad de Vida en la forma general se mantuvieron estables antes y después de la intervención, de acuerdo con el reporte de la adolescente (Figura 7). En este caso, es de interés notar que el hecho de mantener puntajes similares, indica que no se presentó un deterioro el funcionamiento en las diversas áreas de la calidad de vida en relación con la salud, a pesar de que no consideró que mejoró su capacidad para realizar actividades físicas.

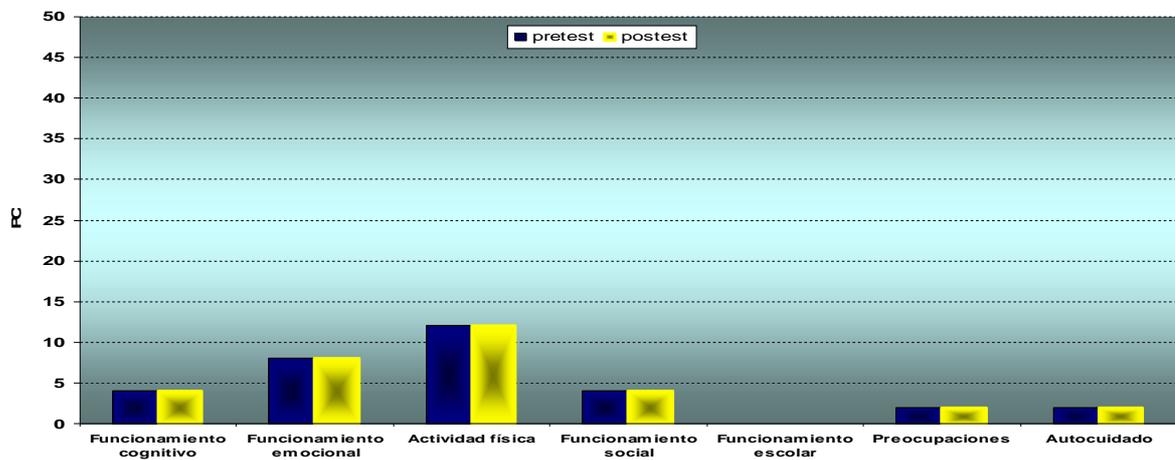


Figura 7. Caso 1. Calidad de vida: Forma general para adolescentes

En el reporte de la madre, respecto a la forma general (Figura 8), cabe hacer mención que el estado general de la participante durante el pretest estaba siendo alterado por la quimioterapia y se encontraba hospitalizada, mientras que alrededor del periodo del postest, presentó infecciones y molestias secundarias a la quimioterapia, lo cual influyó probablemente en el reporte.

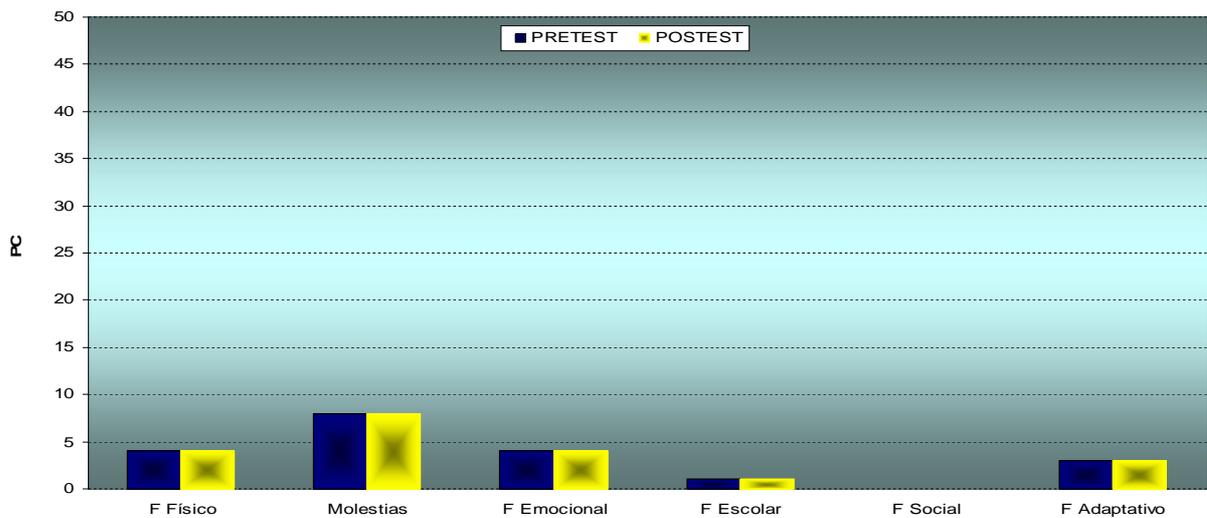


Figura 8. Caso 1. Calidad de vida: Forma general para padres

A diferencia del reporte general, la adolescente reportó cambios en los aspectos relacionados con la enfermedad (Figura 9). En este sentido, se incrementó la intensidad de molestias por dolor y náusea, preocupaciones y problemas cognitivos. En contraste, disminuyeron los problemas de comunicación con el personal médico y por otro lado, se mantuvieron prácticamente iguales los puntajes de ansiedad por procedimientos y por tratamientos.

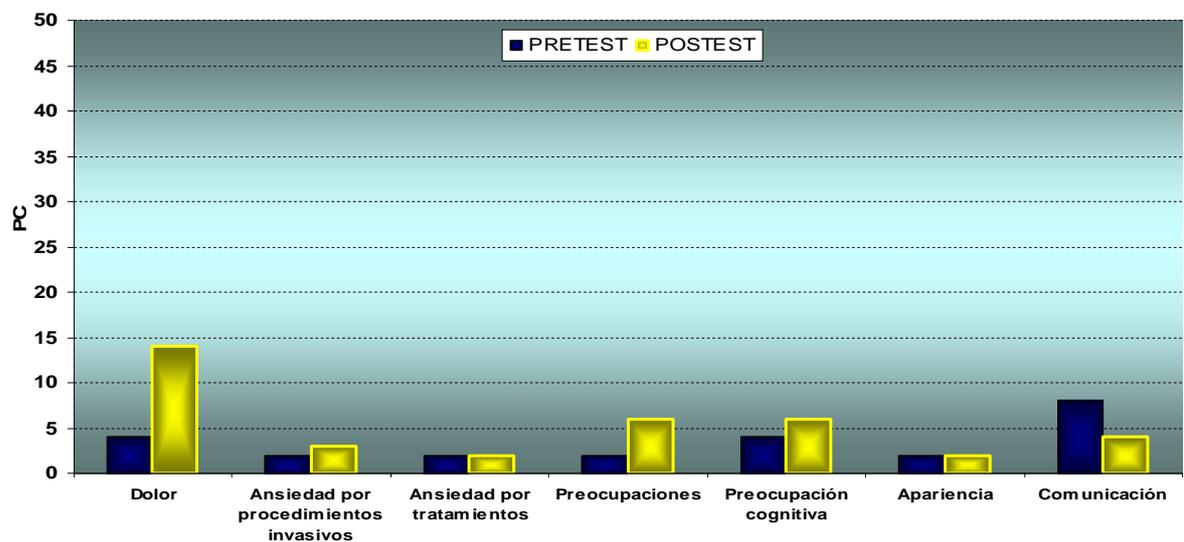


Figura 9. Caso 1. Calidad de vida: Forma para cáncer- adolescentes

En cuanto al reporte de la madre, se notó principalmente una percepción del deterioro de su hija debido a las molestias por dolor y náusea (Figura 10); consideró que en menor grado, se incrementó el deterioro en otras áreas, con

excepción de los problemas cognitivos, la preocupación por la apariencia física y los problemas de comunicación.

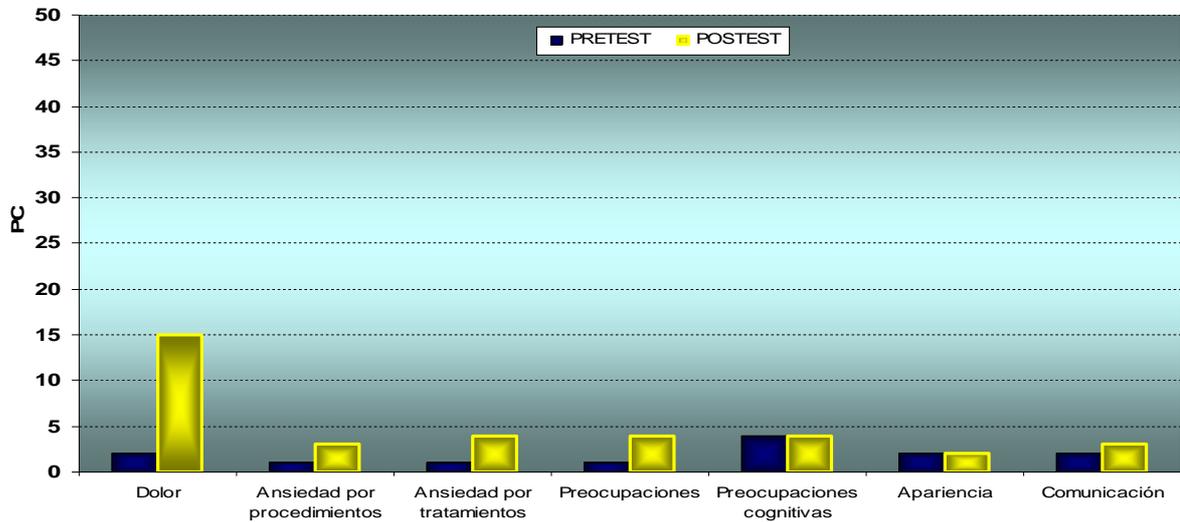


Figura 10. Caso 1. Calidad de vida: Forma para cáncer- padres

Medidas repetidas

Como ya se indicó, se utilizaron las medidas de frecuencia cardiaca promedio, así como el autoinforme de relajación antes y después de la aplicación de la estrategia. Como puede observarse, la frecuencia cardiaca promedio disminuyó de forma paulatina en el transcurso de la intervención (Figura 11).

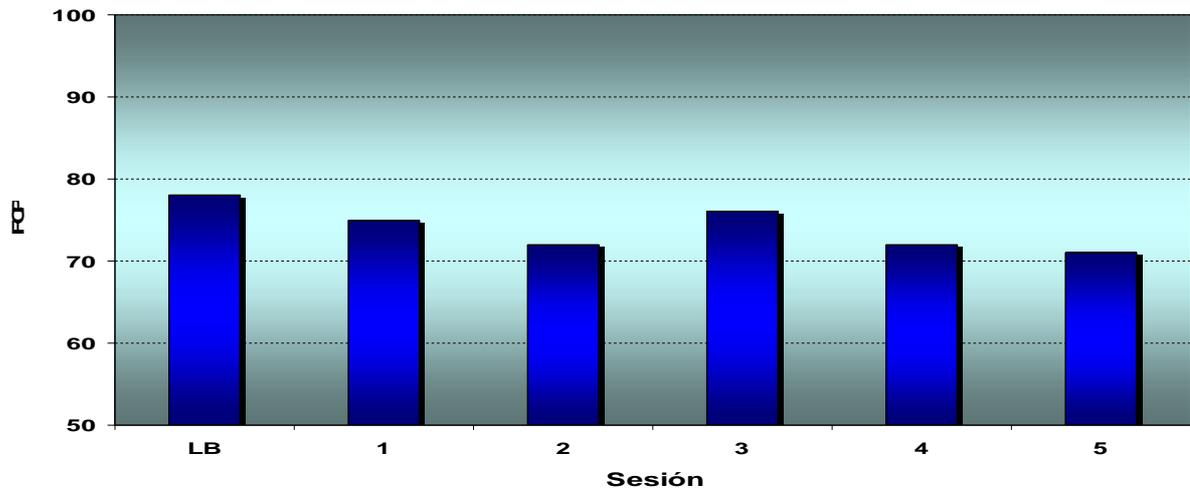


Figura 11. Caso 1. Frecuencia cardiaca promedio

De igual manera, la percepción subjetiva de tensión también disminuyó de manera notable a partir de la tercera sesión, mostrando variaciones mínimas hacia la quinta sesión. A pesar de eso, la participante refirió que aunque eran mayores las molestias, sentía que podía mantenerlas bajo control (Figura 12).

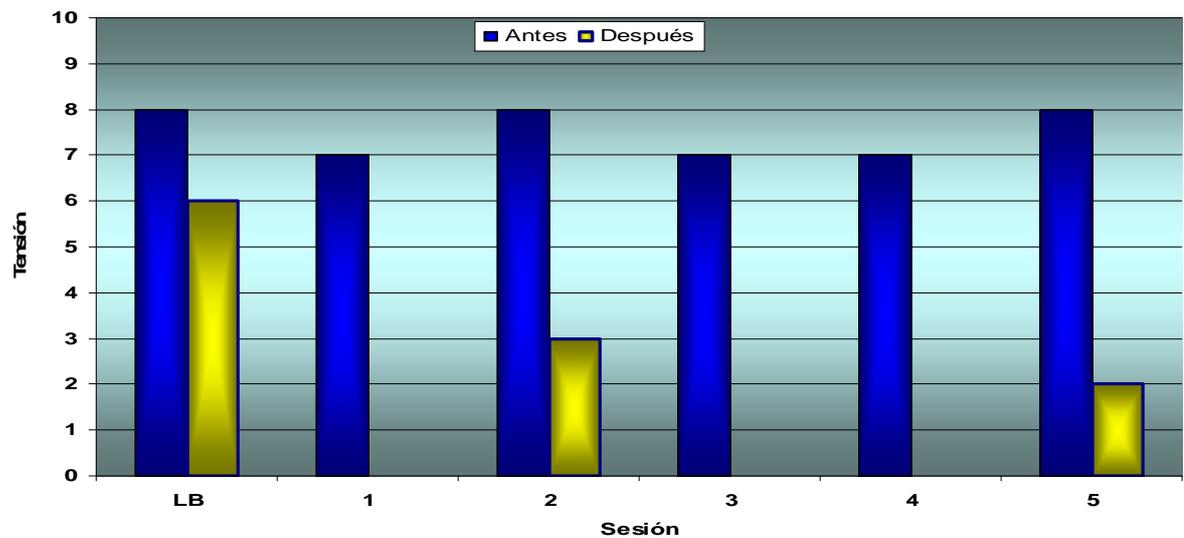


Figura 12. Caso 1. Autoinforme de tensión

Caso 2 (TCCB)

Características relevantes

Se refiere a un adolescente de sexo masculino, con 15 años de edad al momento de contactarlo, que cumplió 16 en el transcurso de la intervención. El diagnóstico médico era leucemia aguda mielocítica de tipo M3, con alto riesgo por presentar marcadores genéticos.

Cuando se hizo la entrevista para obtener el consentimiento informado, se encontraba hospitalizado para recibir quimioterapia, para inducir la remisión completa continua. Provenía de una familia nuclear, con tres hijos: una mujer que es la primogénita y dos varones, siendo el participante el menor de ellos.

Al momento del diagnóstico se encontraba pasando por diversos eventos estresantes: el cambio de sistema escolar a bachillerato, el cambio de domicilio de su novia, así como el diagnóstico mismo de la enfermedad.

Conforme inició el tratamiento, se sumaron algunos problemas derivados del tratamiento y del cambio de rutinas debido a la asistencia a la Institución, especialmente las molestias derivadas de la quimioterapia, los cambios físicos y en la imagen corporal asociados a la ingesta de corticoesteroides, el parcial abandono de la escuela, las estancias en hospitalización para recibir tratamientos, lo que él consideró como excesivos cuidados por parte de su familia, así como el enojo y el estado de ánimo deprimido, al enterarse de su pronóstico. No obstante los tratamientos, pudo continuar cursando el bachillerato, logrando mantener su promedio académico.

Respecto a la intervención psicológica, sus expectativas al iniciar la intervención era poder manejar las emociones negativas asociadas a la enfermedad, los cambios en su imagen corporal, el alejamiento de su novia, controlar su explosividad y enojo, así como poder ser más autosuficiente en su

cuidado dentro de la familia. Se aplicó TCCB en cinco sesiones. Los resultados de las mediciones se muestran en seguida.

Objetivos de la intervención

- d) Incrementar la adherencia a la intervención psicológica, utilizando la estrategia de la Entrevista Motivacional
- e) Disminuir los síntomas ansiosos que se manifiestan como activación fisiológica, a través del entrenamiento en relajación autógena
- f) Modificar las distorsiones cognitivas asociados a los cambios en la imagen corporal, el pronóstico médico y el estado de ánimo deprimido, a través del aprendizaje del entrenamiento en solución de problemas

Resumen de la intervención

Sesión 1

En la primera sesión, se tomó la línea base de las medidas fisiológicas, al tiempo que se le recordaba el propósito de la intervención. En seguida, se conversó acerca de las motivaciones que tenía para acudir a recibir ayuda psicológica, argumentando que quería sentirse mejor y platicar acerca de las cosas que le pasaban, puesto que era algo que ya lo había contemplado con anterioridad y tenía esa inquietud. En contraparte, refirió que los motivos por los cuales no acudiría a la terapia serían: a) que su estado físico general no se lo permitiera, o bien, b) que tuviera un receso largo en el tratamiento, y prefiriera hacer otras actividades.

Al explorar las expectativas que tenía respecto a la intervención, refirió que su interés se centraba en identificar los aspectos de su vida que “estaban bien, ver qué me falta o qué me sobra” y qué hacer para modificar los que se encontraban en déficit. Otro aspecto de su interés era cambiar su percepción acerca de la enfermedad y el pronóstico poco favorable. Así mismo, quería aprender a regular sus emociones, especialmente el enojo.

En seguida, se le indicó en qué consistiría la intervención y las estrategias que se le pretendían enseñar. Con lo anterior, se dio pauta para que hablara acerca de los problemas que estaban relacionados con su malestar emocional, indicando los siguientes: a) explosividad del enojo; b) la percepción de incompreensión de las otras personas acerca de su sufrimiento físico y emocional; c) el cambio de lugar de residencia de la novia; d) la persistencia de los padres para que evitara hacer cosas o ir a lugares que podían afectar su salud; e) los pensamientos y emociones negativas que le provocaba el recordar el pronóstico médico.

Posteriormente, se le invitó a hablar acerca de las cosas que deseaba abordar en las sesiones. En este sentido, indicó que quería hablar de la molestia que le causaban los cambios físicos derivados de su enfermedad (aumento de peso y acné), el cambio de rutinas y de actividades, de cómo se sentía emocionalmente por el pronóstico del padecimiento, así como el impacto negativo que había tenido sobre la forma en que se le trataba en la familia y en la escuela. En este rubro, le molestaba dejar de asistir a clases y no poder convivir con sus pares como lo deseaba.

Se efectuó el cierre de la sesión, resumiendo los puntos que se abordaron durante la misma, y se le dio retroalimentación al paciente, tratando de mostrar empatía con las dificultades que le aquejaban, así como invitándole a reflexionar sobre la pertinencia de seguir rumiando su sufrimiento, o de intentar centrarse en las metas cortas que se van alcanzando en el tratamiento de la enfermedad.

Se le dejó una tarea a realizar en casa: enunciar los problemas que consideraba importantes para él, y jerarquizarlos. Se verificó que entendiera las instrucciones y se le proporcionó la hoja de registro pertinente.

Sesión 2

Se revisó la tarea de la sesión anterior. Se le explicó que se iba a comenzar el entrenamiento en relajación autógena, el objetivo de mismo y los posibles beneficios. En seguida, se aplicó la estrategia, al tiempo que se hacía el

autoinforme de relajación y el registro fisiológico. Al término de dicho componente, se retomaron los puntos tratados en la sesión 1, para verificar cuáles eran los problemas que consideraba prioritarios de resolver, y continuar con el componente de solución de problemas.

En este sentido, el participante indicó que a partir del comentario que se le hizo en relación con poner más atención a los avances de los tratamientos, como metas a corto plazo, generó un cambio en los pensamientos negativos en relación con su enfermedad.

Se le pidió que explicara cómo había logrado llegar a tal estrategia, indicando que cuando surgían los pensamientos desagradables, intentaba detenerlos y pensaba que lo importante era estar bien en ese día. Además, procuraba cambiar la emoción negativa que les producía, lo cual le había ayudado a regular su estado de ánimo.

Al revisar la tarea, indicó que sus prioridades fueron: "aumentar mi autoestima" y "dejar de molestarme por cualquier cosa". En relación con el problema con la autoestima, refirió que los problemas se originaron por los cambios físicos que había sufrido por el tratamiento médico (aumento de peso y acné), su arreglo personal era menos cuidadoso por la incomodidad que le generaba su aspecto físico y además, la fuerza física y su energía estaban disminuidas, por lo que se le dificultaba hacer actividades que antes eran rutinarias, como el practicar deportes con sus compañeros y amigos.

Así mismo, consideró que la autoestima era un factor primordial que se relacionaba con frecuencia al enojo y explosividad que sentía por los cambios que habían ocurrido en su persona y su entorno desde que apareció el padecimiento.

Al explorar las posibles soluciones, sugirió que la modificación de sus pensamientos y emociones negativos, era en principio, la principal alternativa y ayuda para generar cambios en los otros aspectos que le provocaban enojo y sufrimiento. En este sentido, se exploró con más detenimiento cuales fueron los beneficios de modificar las cogniciones y emociones negativas en cuanto a

su aceptación de la enfermedad y las consecuencias personales, familiares y sociales. Se hizo énfasis en el logro obtenido para regular su estado anímico.

Se le indicaron las tareas programadas, que consistieron en la práctica de la estrategia de relajación, así como empezar a poner en práctica de manera cotidiana la modificación de pensamientos y emociones negativos.

Sesión 3

Al inicio de la sesión se revisaron las tareas. Indicó que practicar la técnica de relajación se le hizo incómodo, especialmente cuando se encontraba en la escuela, o en su casa. Se le indicó buscar un espacio y horarios donde estuviera solo, hasta que pudiera tener más práctica y no requiriera cerrar los ojos o mantener una postura determinada. Posteriormente, se volvió a llevar a cabo en entrenamiento en relajación, con las correspondientes mediciones.

Después, respecto a la aplicación de la modificación de pensamientos y emociones negativos, refirió que la aplicó tanto para los aspectos personales que anteriormente le hacían sentirse mal, como en lo relacionado con la enfermedad y los tratamientos, así como con las personas con las que convive. Notó que, de manera progresiva, se sintió enojado con menos frecuencia, había aceptado su condición física actual, y ya disfrutaba más cuando hacía actividades que le eran gratificantes, como el acudir a la escuela, estar con sus amigos, ver a su novia, convivir con su familia.

Sin embargo, continuó la queja de que percibía cuidados y advertencias excesivas de los padres respecto a su salud y a hacer actividades solo, como viajar en transporte público y reunirse con sus amigos.

Se le sugirió que aplicara la estrategia de solución de problemas en esta situación, hallando como alternativa el negociar formas distintas en que pudiera ser apoyado por su madre, especialmente, para hacer dichas actividades, siempre y cuando su estado de salud fuera el adecuado.

Se le dejaron dos tareas: continuar practicando el ejercicio de relajación y, poner en práctica las alternativas de solución que se habían explorado en las sesiones previas, y en la presente.

Sesión 4

Se revisaron las tareas conductuales, e indicó que en ambas situaciones, había tenido logros. En primer lugar, ya era capaz de llevar a cabo el ejercicio de relajación con más facilidad, anticipándose ante las situaciones que por lo general le eran estresantes. En otro sentido, estaba contemplando opciones para poder negociar algunas actividades con sus padres, y pensaba acudir a clases de música. Se le validaron y reforzaron sus logros, se le pidió que refiriera qué pensaba y sentía al respecto.

Refirió que ya se sentía mucho más relajado y que si bien le preocupaba la enfermedad, intentaba disfrutar de las cosas que hacía, a pesar de que le habían sucedido cosas negativas, como terminar su relación de noviazgo. Se le pidió que refiriera cómo había llegado a tal conclusión, indicando que se ha esforzado en evitar pensar de manera negativa en relación con su enfermedad y en cambio, se ha centrado en aprovechar las situaciones positivas que se le van presentando.

Así mismo, refirió que a raíz de la intervención, se había sentido con mayor control respecto a los cuidados en relación con su salud, le había permitido hablar con su familia de su sufrimiento y de las cosas que le incomodaban en relación con la manera en que lo trataban y negociar al respecto.

Sin embargo, en ese momento se sentía preocupado porque iba a regresar a tratamiento con quimioterapia, lo cual implicaba faltar a la escuela y dejar de ver a sus amigos. Con base en la estrategia para solucionar problemas, se buscaron opciones en ese sentido. Se concluyó que, en primer lugar, no existía la certeza de cuánto le iba a afectar la asistencia a la escuela, que había recibido con anterioridad apoyo para regularizarse en los contenidos

académicos y además, la amistad con los compañeros podía mantenerse en otros ambientes, además de la escuela.

Planteado de esta forma, indicó que iría resolviendo cada una de las situaciones que se le presentaran, sin preocuparse o sentirse triste de manera anticipada. Se le pidió que continuara con la práctica de la relajación y analizara los convenientes e inconvenientes de las opciones planteadas durante la sesión y analizara qué recursos podría poner en marcha para hacerles frente, suponiendo que su estado de salud fuera óptimo, o que se viera deteriorado por el tratamiento médico.

Sesión 5

En la última sesión, se revisaron las tareas conductuales, indicando que continuaba practicando la relajación. Respecto a la preocupación y malestar emocional por los cambios que supondría regresar a recibir quimioterapia intravenosa, indicó que si bien pensó acerca de las cosas que podría hacer en caso de ver afectadas sus actividades cotidianas, trataría de resolverlas conforme se fueran presentando y si era inevitable dejarlas, en todo caso era preferible a no recibir el tratamiento médico.

Se le pidió que indicara cómo había llegado a tal conclusión, indicando que se había dado cuenta que más que el hecho de no acudir a la escuela, se sentía triste y preocupado al pensar que tendría que estar nuevamente más tiempo dentro del hospital, ya que recordaba los momentos difíciles que pasó cuando inició su tratamiento.

Se le hizo notar la diferencia entre haberse sometido a una situación nueva y donde se veía comprometida su salud, al regreso a un ambiente que ya es conocido, con propósitos distintos y con una notable mejoría en cuanto a la enfermedad.

Se hizo un resumen de la intervención, de los aspectos que se abordaron, los cambios que logró y los recursos que puso en práctica, con lo que se le instó a hacer uso de lo aprendido para ayudarse a resolver las situaciones a las que podría estar sometido en el futuro.

Se aplicaron los instrumentos del postest, así como el Cuestionario IV-S. Al momento de que la madre respondió dicho cuestionario, indicó que había notado mejoría en el estado de ánimo de su hijo, así como en la forma de relacionarse con las personas. Además, se enojaba con menos frecuencia y ya mostraba mejor disposición para acudir a sus tratamientos.

Sin embargo, se mostraba preocupada porque, a decir de ella, no comía alimentos nutritivos y su dieta consistía en pocos alimentos, por lo que pidió orientación para que pudiera instigarlo a alimentarse mejor.

Dado que estaba presente el paciente, se hizo uso de la estrategia de entrevista motivacional para intentar modificar su ingesta, a manera de modelar a la madre la forma en que podría apoyarse para cambiar sus hábitos de alimentación. Se dio por terminada la relación terapéutica y se le informó que de ser necesario, podía acudir con la psicóloga adscrita al servicio.

Medición de sucesos de vida

De manera general, se mostró un perfil homogéneo en cuanto a los sucesos positivos y negativos que se presentaron en el último año para el adolescente (Figura 13). Es importante hacer notar que especialmente en las áreas: social, personal, escolar, además de logros y fracasos. Dicho participante denota haber estado sometido a una menor cantidad de estresores en el transcurso del último año, en comparación con las puntuaciones promedio.

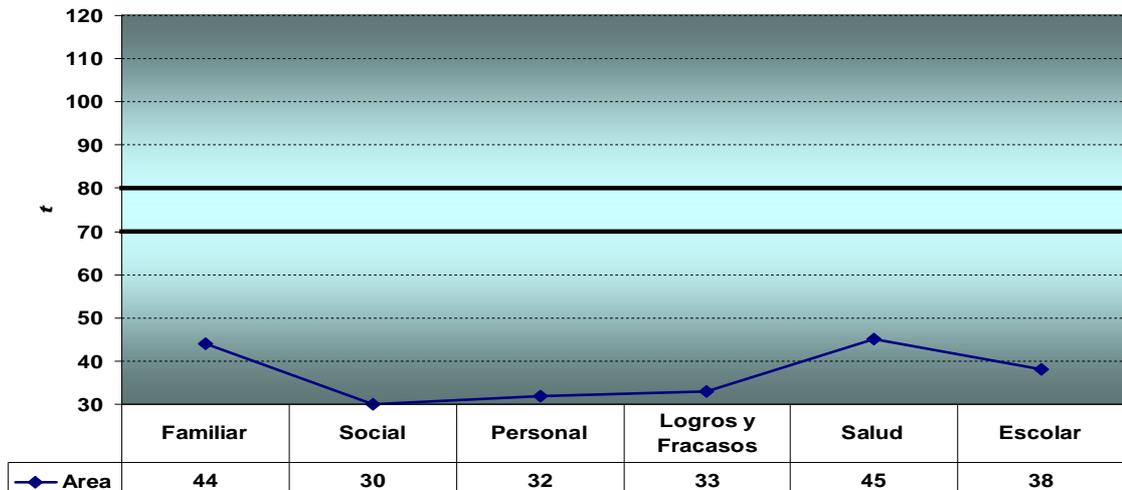


Figura 13. Caso 2. Perfil de sucesos estresantes positivos

Refiere de manera importante una mayor cantidad de sucesos negativos en el aspecto social y de la salud (Figura 13a), aspectos que se corroboraron durante los informes verbales proporcionados durante la intervención.

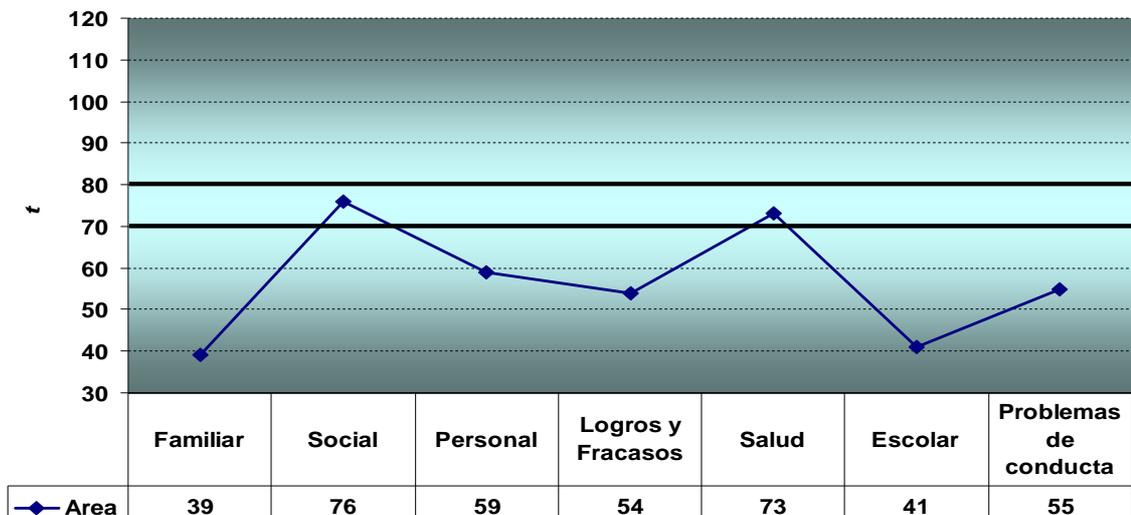


Figura 13a. Caso 2. Perfil de sucesos estresantes negativos

MMPI-A

En las escalas clínicas del MMPI-A, se encontraron puntuaciones dentro del promedio en el pretest, aunque con mayores elevaciones en las escalas depresión (D) e hipocondriasis (Hi). Estas escalas se hallaron con leves

disminuciones al momento del pretest (Figura 14). Sin embargo, es de notarse que al término de la intervención, ocurrió una leve disminución de la escala de depresión e isquemia, mientras que la escala de hipocondriasis se elevó hasta un grado clínico.

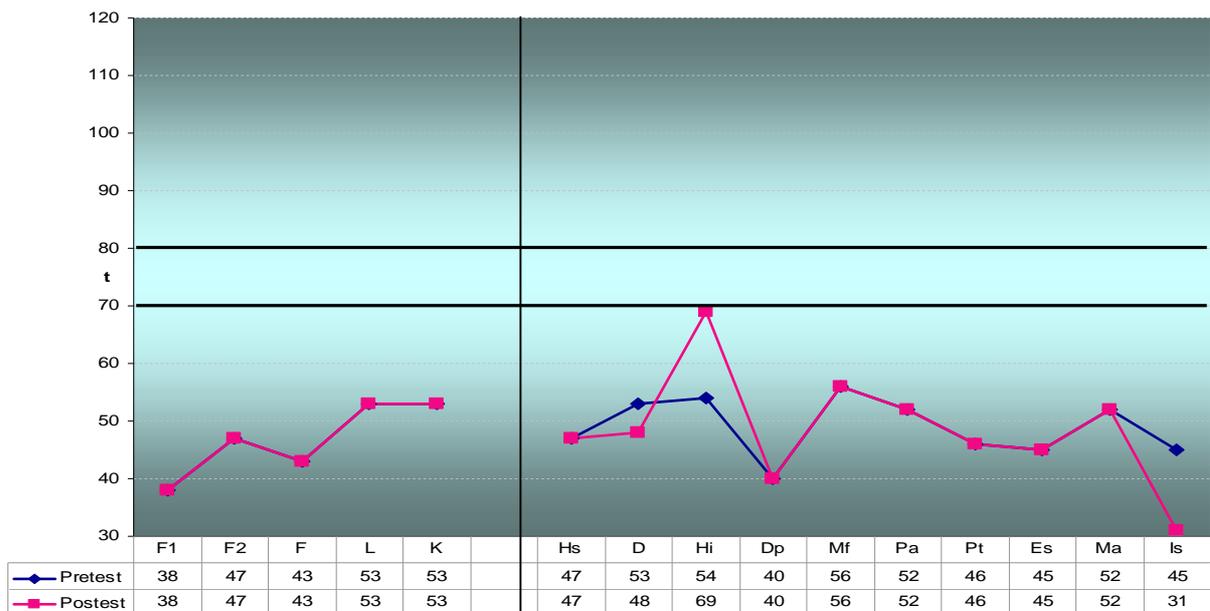


Figura 14. Caso 2. Perfil del MMPI-A: Validez y escalas clínicas

Por otro lado, en las escalas de contenido se encontró una elevación importante en la escala de Mac Andrew, en el pretest, como puede apreciarse en la Figura 15, presentando el resto una puntuación dentro de la norma. La elevación en esta escala podría deberse al uso de medicamentos en principio para disminuir los síntomas de la quimioterapia y en el pretest, el paciente se encontraba con fármacos por vía oral.

Sin embargo, en el postest se notó disminución del puntaje en las escalas de ansiedad (ANS), depresión (DEP) y la referente a problemas con la familia (FAM), Así mismo, hubo un incremento en la escala de obsesividad (OBS), que muestra posibles conductas rígidas para enfrentar la enfermedad, que probablemente reflejen la preocupación que manifestó en relación con estar más tiempo en el hospital para los tratamientos.

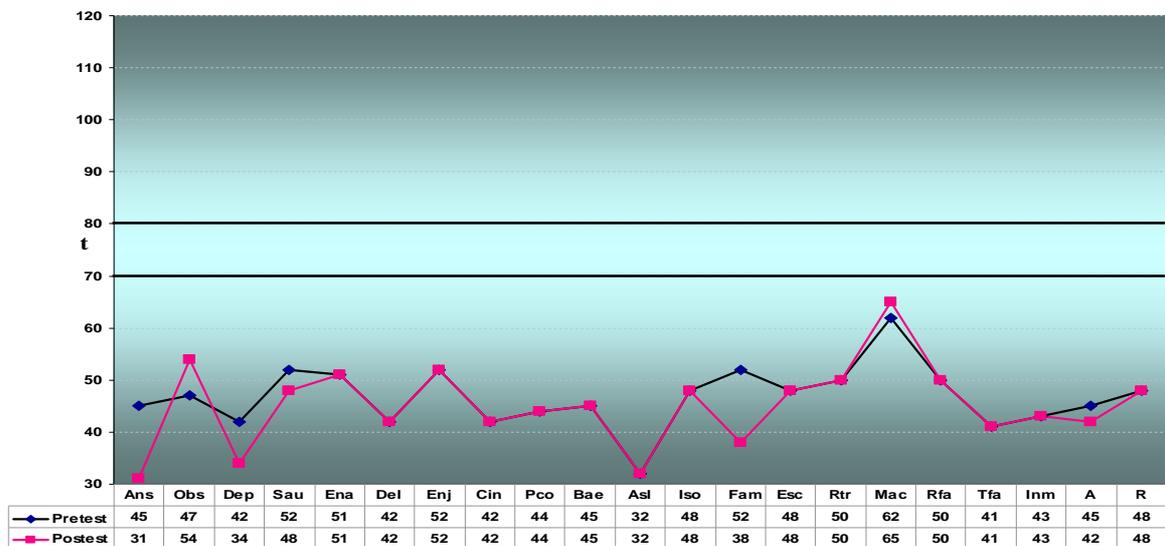


Figura 15. Caso 2. Perfil del MMPI-A. Escalas de Contenido y Suplementarias

Afrontamiento

Respecto a las estrategias de afrontamiento, en general se mantuvo el uso de las estrategias de tipo funcional, de manera particular, en relación con las conductas de solución de problemas, cuya frecuencia de uso es similar en el las dos mediciones: previo y posterior a la intervención (Figura 16). Sin embargo, es notable el incremento en el uso de estrategias de distracción y evitación, así como la práctica de estrategias relacionadas con la religión y la espiritualidad.

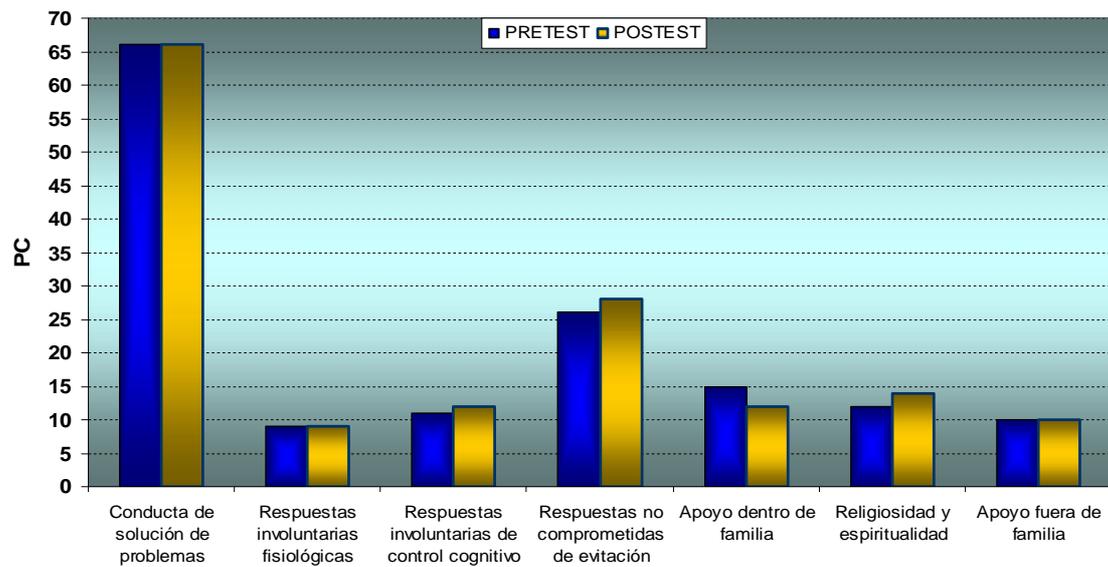


Figura 16. Caso 2. Puntajes obtenidos en el CA-A

Calidad de vida

En este caso, los puntajes de la calidad de Vida en la forma general, mostraron una evidente mejoría después de la intervención, en el reporte de la adolescente, (Figura 17). En el caso del adolescente, el reporte mostró una mayor calidad de vida en cuanto al funcionamiento cognitivo, el funcionamiento escolar y las preocupaciones, en tanto que las demás áreas se mantuvieron estables.

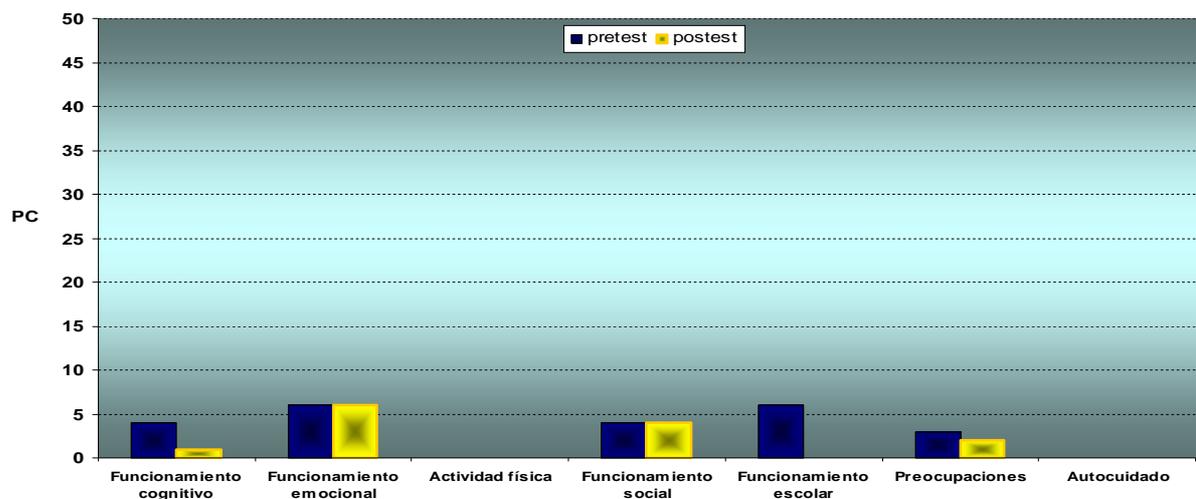


Figura 17. Caso 2. Calidad de vida: Forma general para adolescentes

En contraparte, ambos padres informan de una mejoría en todas las áreas. Es de particular interés mostrar que la madre percibió un funcionamiento óptimo en cuanto a la realización de actividades cotidianas, la disminución de las molestias físicas, el estado emocional y la adaptación a las actividades escolares, logrando a llegar tener un adecuado funcionamiento social (Figura 18).

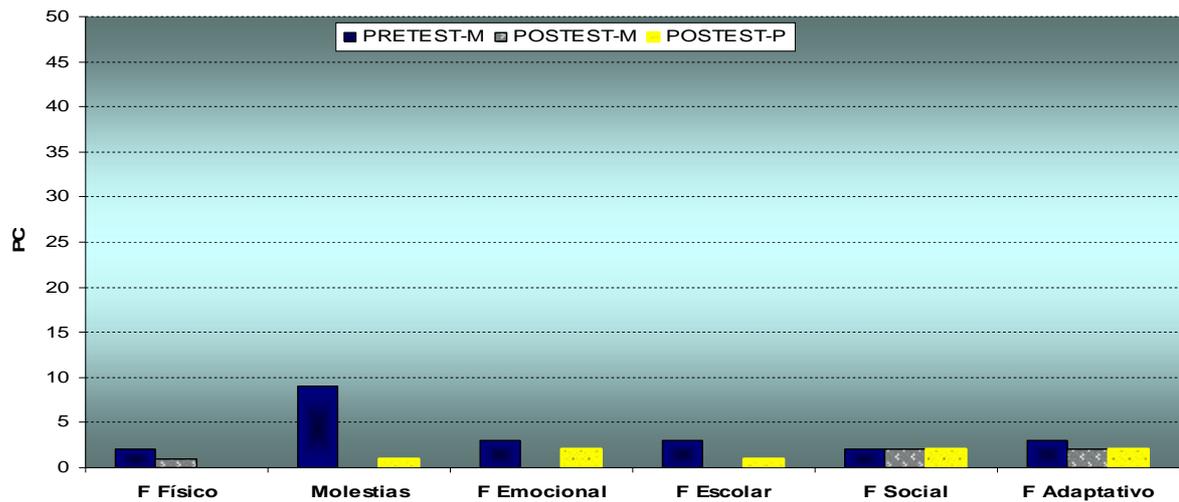


Figura 18. Caso 2. Calidad de vida: Forma general para padres

En cuanto al reporte de calidad de vida en relación con el cáncer que proporcionó el participante (Figura 19), se incrementaron levemente las áreas, con excepción de los problemas de comunicación con el personal médico.

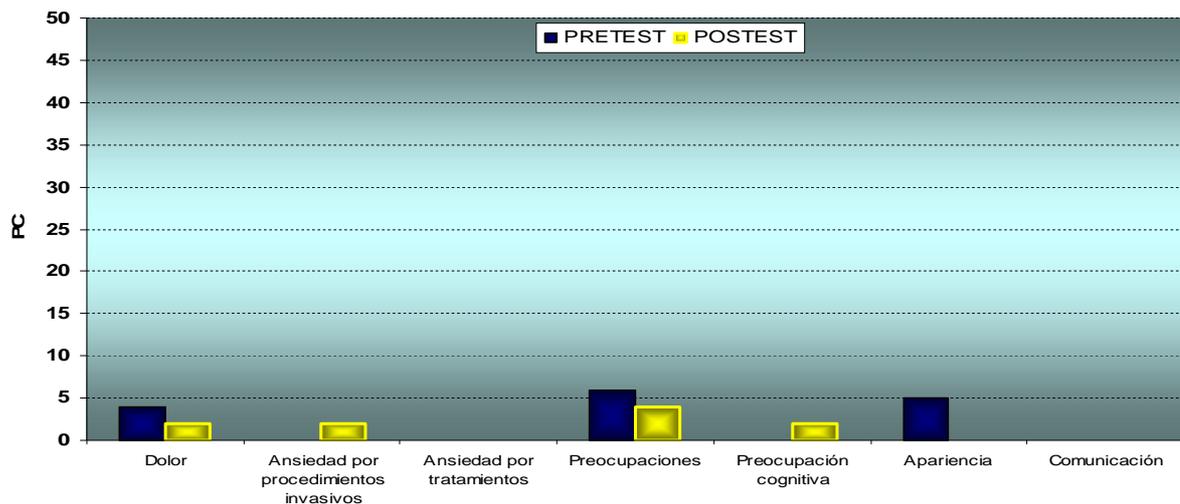


Figura 19. Caso 2. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer-Adolescente

Respecto al informe de los padres, en principio sólo la madre respondió al pretest, al momento del postest, el padre también resolvió los cuestionarios (Figura 20). En general, la madre refiere una mejoría en el funcionamiento del paciente. Por otra parte, al comparar los puntajes de ambos padres en el postest, se observó discrepancia, observando el padre una mayor mejoría en todas las áreas.

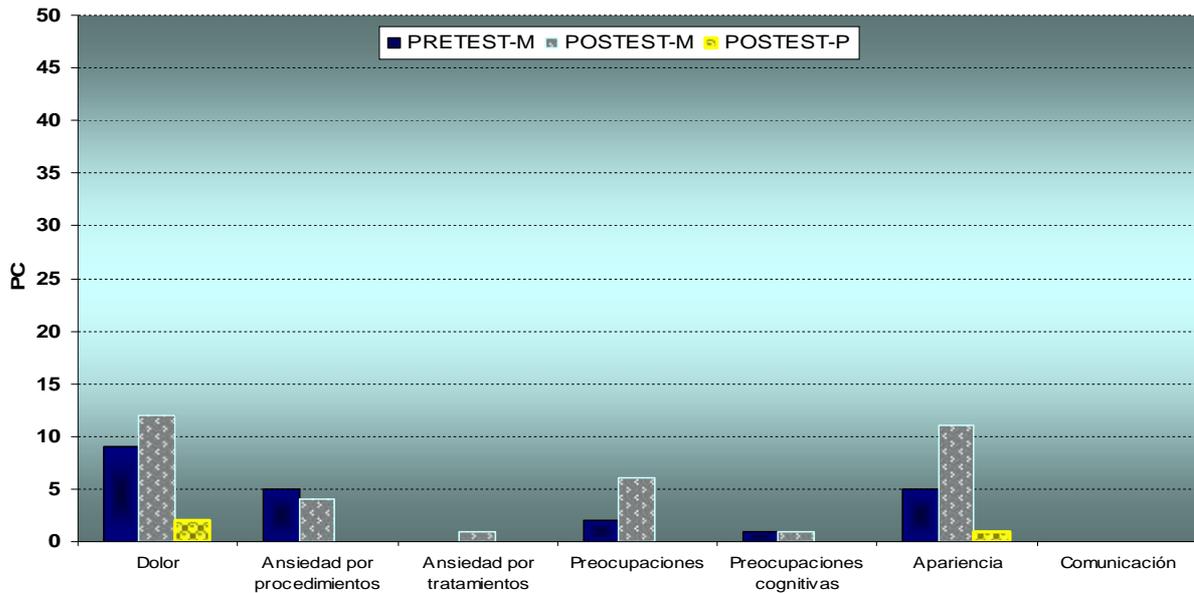


Figura 20. Caso 2. Calidad de Vida: Forma para cáncer - Padres

Medidas repetidas

Para medir la respuesta de relajación, se utilizaron las medidas de frecuencia cardíaca promedio, así como el autoinforme de tensión-relajación antes y después de la aplicación de la estrategia. Como puede observarse, en el segundo participante, hubo una tendencia a la disminución paulatina en la frecuencia cardíaca promedio, como se observa en la Figura 21.

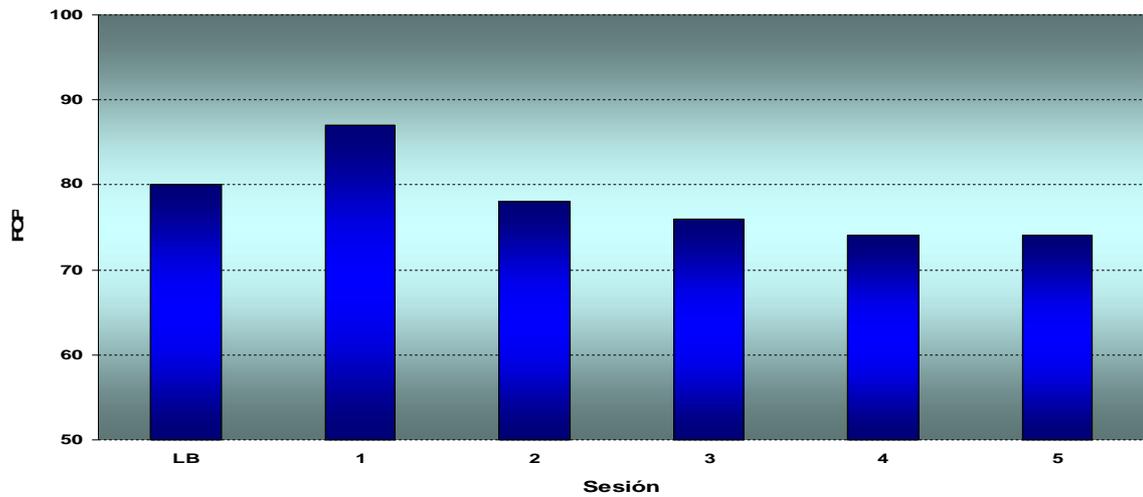


Figura 21. Caso 2. Registro de Frecuencia cardiaca promedio

En congruencia con la disminución de la frecuencia cardiaca promedio durante la intervención, la percepción subjetiva de tensión que refirió el participante también aminoró notablemente (Figura 22). Puede observarse que desde la sesión tres, el participante refirió ausencia de tensión al término de la aplicación de la estrategia de relajación autógena, aunado a una disminución de dos puntos en la percepción de tensión previo a la aplicación de dicho componente, hasta la sesión cinco.

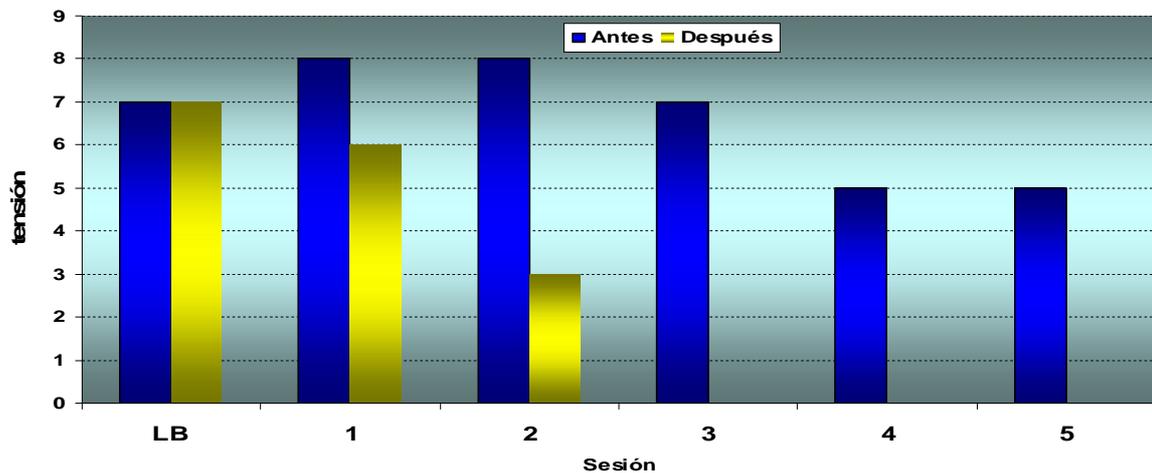


Figura 22. Caso 2. Autoinforme de relajación

Caso 3 (TCCB)

Características relevantes

Se refiere a una adolescente de sexo femenino, con 13 años de edad al momento de contactarla. El diagnóstico médico era leucemia aguda linfocítica de tipo L1, con alto riesgo por presentar marcadores genéticos. Cuando se hizo la entrevista para obtener el consentimiento informado, se encontraba hospitalizada para recibir quimioterapia. Provenía de una familia nuclear, con dos hijas, siendo la primogénita. La paciente y su familia cuentan con el apoyo de la familia extensa para acudir a los tratamientos, así como para el cuidado de la adolescente. Esta paciente continuó cursando el segundo año de secundaria, manteniendo su promedio académico. Se aplicó TCCB en cinco sesiones. Los resultados de las mediciones se muestran en seguida.

Resumen de la intervención

Sesión 1

En principio, se tomó la línea base de las medidas fisiológicas, en tanto que se le recordaba el propósito de la intervención. En seguida, se conversó acerca de las motivaciones que tenía para recibir el apoyo, indicando que en principio, quería dejar de sentirse deprimida por la enfermedad y poder comunicarse mejor con su familia porque no se sentía comprendida.

Por otro lado, la madre indicó que quería que le proporcionaran apoyo a su hija, ya que con frecuencia la notaba triste, deprimida e irritable. Respecto a la participante, las expectativas sobre la intervención eran: poder manejar las emociones negativas asociadas a la enfermedad, controlar su irritabilidad y enojo, sentir menos sobreprotección por la familia.

En contraparte, refirió que los motivos por los cuales no acudiría a la terapia serían: a) que se sintiera mal físicamente, al grado de incapacitarla, o bien, b) que tuviera un receso largo en el tratamiento. De acuerdo con ella, quería aprender a regular sus emociones, para no sentirse triste y enojada.

En seguida, se le informó en qué consistiría la intervención y las estrategias que se abordarían. Luego, habló de los problemas que estaban relacionados con lo que sentía, indicando lo siguiente: a) tristeza; b) problemas para relacionarse con su familia; y c) sentirse agobiada por los cuidados respecto a su salud.

Luego, se le indicó que mencionara cuál de los problemas quería abordar en un principio. En este sentido, indicó que quería hablar sobre sus emociones, por lo que se le invitó a que ahondara más al respecto. En este sentido, refirió que con mucha frecuencia se sentía triste, preocupada, enojada

Se efectuó el cierre de la sesión, resumiendo los puntos que se abordaron durante la misma, y se le dio retroalimentación al paciente, tratando de mostrar empatía con las dificultades que le aquejaban. Así mismo, se le invitó a reflexionar sobre la pertinencia de seguir pensando de forma reiterada acerca de su sufrimiento; en contraparte, se le sugirió pensar si habría estrategias que le permitieran hallar formas diferentes de conceptualizar la enfermedad.

Se le dejó una tarea a realizar en casa: enunciar los problemas que consideraba importantes para ella, y jerarquizarlos. Se verificó que entendiera las instrucciones y se le proporcionó la hoja de registro pertinente.

Sesión 2

Se revisó la tarea, indicando como primer problema la relación con sus padres. Se le indicó que adelante se trabajaría con ello, y se procedió a aplicar la técnica de relajación autógena, revisando las dificultades que hubiera tenido durante el entrenamiento. Posteriormente, haciendo uso de la estrategia de solución de problemas, se analizó porqué era problemática la relación con sus padres, refiriendo que por una parte, sentía que no le permitían hacer nada y la cuidaban en exceso, tenía dificultades con su hermana para mantener aseada y organizada la recámara que compartían, por lo que discutían con frecuencia.

Por otro lado, no podía comunicarse con su padre, quien le evadía. Como tarea, se le pidió que pensara qué alternativas de solución podrían ser viables, y hacer un plan para cada una de ellas, así como intentar practicar la técnica de relajación, preferentemente en tiempos determinados, o previo a los procedimientos invasivos o quimioterapia.

Sesión 3

Se comenzó revisando las tareas que se le asignó para casa, indicando que respecto a la relajación, ha podido ponerla en práctica antes de dormir, con buenos resultados, logrando dormir mejor y con menos molestias. De igual manera, hizo el ejercicio antes de entrar a recibir quimioterapia y la venopunción, percibiendo menos dolor, miedo, náuseas e incomodidad.

En relación con los problemas que se abordaron, mencionó como posibles alternativas de solución: 1) hablar con sus padres acerca de lo que le incomodaba, 2) pedir a sus padres que pusieran orden respecto a la situación con la hermana, 3) hablar con la hermana, 4) hacerse cargo de sus pertenencias y no opinar ni hacer nada respecto al espacio asignado a su hermana.

Respecto a la viabilidad de cada opción, ella indicó que de hecho ya había hablado con sus padres, quienes habían acordado con ella negociar aspectos de su autocuidado, siempre y cuando se mostrara responsable y su estado de salud se lo permitiera. Así mismo, pudo negociar hacer actividades recreativas con sus amigos o sus familiares, mientras se encontrara en buenas condiciones físicas.

Sin embargo, estaba pendiente el problema de comunicación con su padre, y el acordar reglas de convivencia con la hermana. Se trabaja en la planeación de la práctica de cada opción y se le deja como tareas: 1) Continuar practicando la técnica de relajación y 2) intentar poner en práctica las alternativas planeadas durante la sesión.

Sesión 4

Indicó que siguió haciendo su ejercicio de relajación, al igual que en las ocasiones anteriores. En relación con los problemas, habló con su hermana y acordaron compartir el aseo de la recámara y que cada quien se ocuparía de organizar su espacio, y de respetar las pertenencias de la otra.

Pudo hablar con su padre, quien le indicó que no sabía que ella percibía de esa manera la forma en que se comunicaba, y que intentaría ser más cordial en su trato y ser más empático con sus molestias e inquietudes.

Indicó que había aplicado la estrategia de solución de problemas para negociar salidas con sus familiares, con buenos resultados y mejorando de manera su estado de ánimo durante la semana que transcurrió.

Además, ella consideró que era más responsable con su propio cuidado y pudo disfrutar más de las actividades que hacía, sin pensar de forma reiterada en su estado de salud y en la incomodidad que implicaba dejar de acudir a la escuela para ir al hospital, ni las molestias físicas que le generaban los tratamientos médicos.

Se le indicó como tarea continuar con los ejercicios de relajación, y para propiciar la generalización de la estrategia de solución de problemas hacia otras áreas, se le indicó pensar en qué otras situaciones o problemas podría aplicar lo aprendido.

Sesión 5

En esta sesión, refirió que la práctica de relajación la podía hacer aún en condiciones donde había mucho ruido y distractores. En relación con las posibles aplicaciones de la estrategia de solución de problemas, indicó que la

aplicó en relación con la ansiedad que le generaban los exámenes escolares, la ausencia de clases por los tratamientos y para poder convivir con su familia o sentirse más cómoda mientras la cuidan sus tías y abuela.

Indicó que su estado de ánimo ha mejorado respecto del inicio de la intervención. En otro aspecto, el hecho de poder negociar y llegar a acuerdos con los padres, respecto a su estado de salud y las actividades cotidianas que deseaba hacer, le permitió ser más independiente y hacer una vida lo más parecida a sus pares.

Podía llevarse mejor con su hermana, quien se mostró más empática y con quien convivía mejor. Percibió que su madre esta menos preocupada por lo que le pasaba y aunque no pudo modificar y establecer un vínculo más estrecho con su papá, logró establecer comunicarse de manera asertiva y, se sintió con mayor confianza hacia el. En cuanto a la enfermedad, disminuyeron las cogniciones catastróficas acerca de su padecimiento, ya no le preocupaba su salud como antes, y en cambio, procuraba poner más atención en los resultados positivos que habían obtenido y establecerse metas a corto plazo.

Así mismo, la familia podía planear cosas respecto a su futuro, como programar paseos, o su fiesta de cumpleaños. Se dio por terminada la intervención, mencionando brevemente lo realizado en las cinco sesiones, así como los cambios observados en la participante y su familia, reforzando de manera positiva sus logros.

Las mediciones pre y postest arrojaron los siguientes resultados:

Medición de sucesos de vida

De manera general, esta adolescente refirió una frecuencia por debajo de lo esperado en cuanto al área familiar, social, de salud, así como en logros y fracasos. Además, mostró una ligera disminución respecto a los eventos positivos que le ocurrieron en el área personal y escolar, en relación con las demás áreas, como puede observarse en la Figura 23.

Cabe mencionar, que de todos los participantes, fue la que no dejó de asistir a la escuela y de seguir sus actividades en la medida que los tratamientos y su estado de salud lo permitieron, manteniendo su rendimiento escolar. Otro aspecto a destacar es que contaba una red de apoyo social con la abuela y tías maternas, quienes apoyaban a los padres acompañando a la adolescente a sus tratamientos y cuidando de ella, mientras ellos requerían hacer sus actividades laborales.

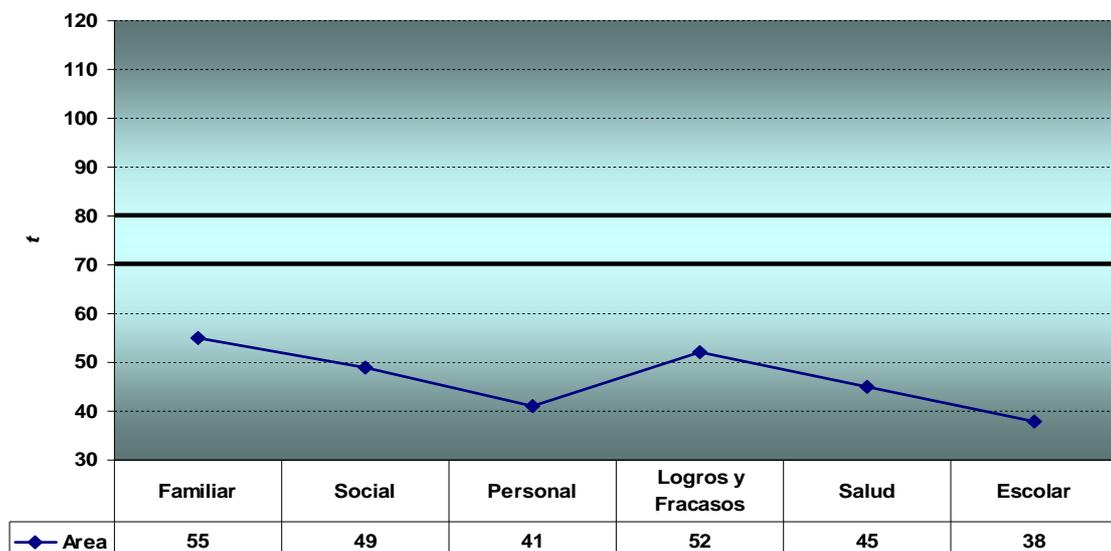


Figura 23. Caso 3. Perfil de sucesos estresantes positivos

De igual manera, la ocurrencia de acaecimientos negativos se presentó por debajo de la norma. La excepción fue en el área de salud, donde se presentaron elevaciones importantes, como reflejo de la alteración en su estado de salud general, debidos a la enfermedad (Figura 23a).

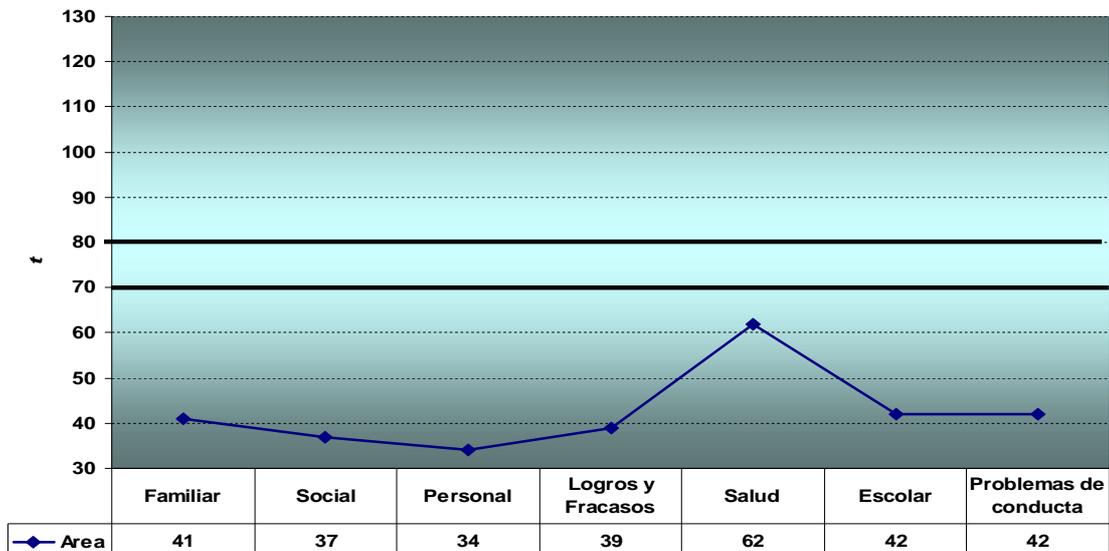


Figura 23a. Caso 3. Perfil de sucesos estresantes negativos

MMPI-A

En las escalas clínicas del MMPI-A (Figura 24), se encontró que al momento del pretest presentó puntuaciones dentro del promedio en la mayoría de las escalas, aunque con mayores elevaciones en las escalas de histeria (H), depresión (D), masculino-femenino (Mf) y paranoia (Pa).

Con excepción de la escala relacionada con la forma en que se asumen ciertas conductas asociadas socialmente al género masculino, dichas elevaciones pudieron estar relacionadas con preocupaciones somáticas debidas a las molestias físicas experimentadas, las emociones negativas derivadas de la enfermedad, así como la importancia dada a las actitudes de los demás con ella. Éstas últimas presentaron disminuciones importantes al momento del postest.

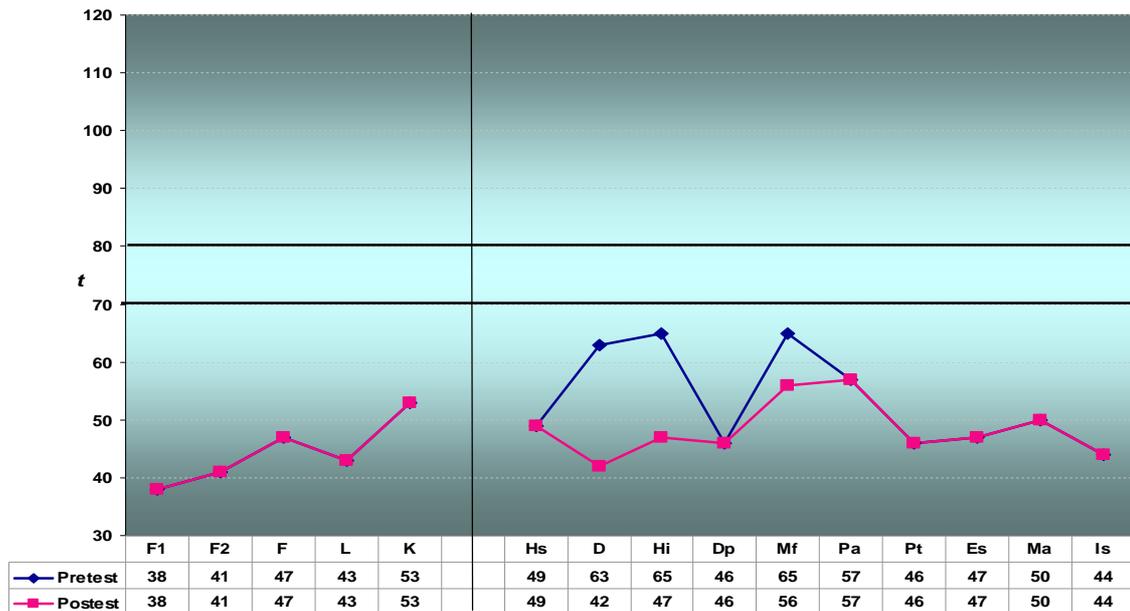


Figura 24. Caso 3. Perfil del MMPI-A: Validez y escalas clínicas

Ahora bien, en las escalas de contenido se encontró una elevación importante en la escala de Mac Andrew (Mac), que indica la percepción de que estaba sintiendo molestias por los efectos de la medicación.

También se fue notorio el incremento en la obsesividad (Obs), en forma de conductas rígidas para ajustarse al problema de salud (Figura 25), presentando el resto una puntuación dentro de la norma.

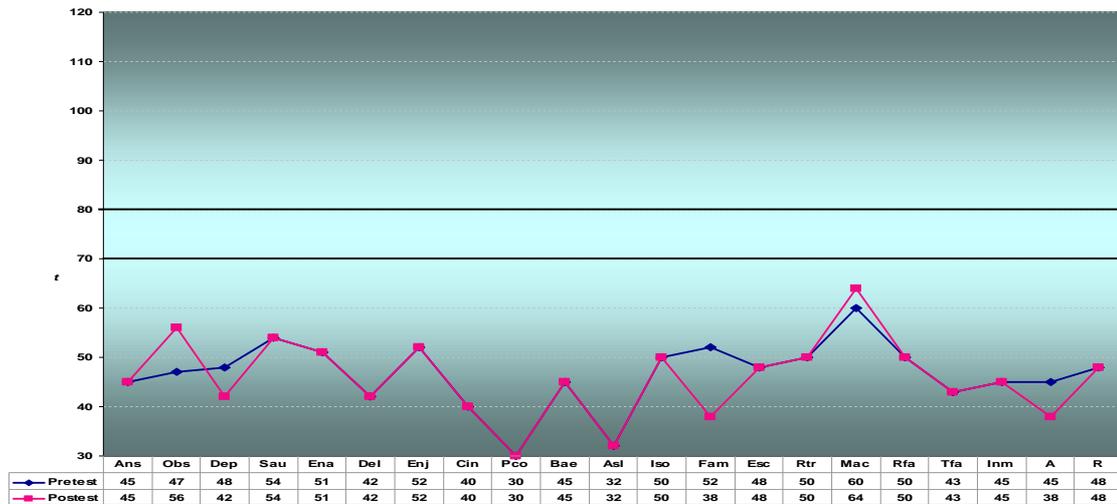


Figura 25. Caso 3. Perfil del MMPI-A: Escalas de Contenido y Suplementarias

Posteriormente, al momento del postest se notó una leve disminución en la escala de depresión (DEP). Además, hubo una disminución mayor del malestar en la escala referente a la familia (FAM), que refleja la percepción de mejoría en las relaciones familiares. En adición, se observó una marcada disminución de los problemas de adaptación, los sentimientos de malestar y desajuste emocional, observados en la escala de Ansiedad; no obstante, persistió la presencia de tensión, preocupaciones excesivas y la falta de descanso, debidas a la ansiedad (ANS).

Afrontamiento

Como se muestra en la Figura 26, de manera general se mantuvieron los mismos puntajes que en el pretest, con excepción del factor de respuestas no comprometidas de evitación, cuya elevación fue mínima. Dicho cambio podría reflejar los intentos para amortiguar el sufrimiento debido a la enfermedad y el tratamiento médico.

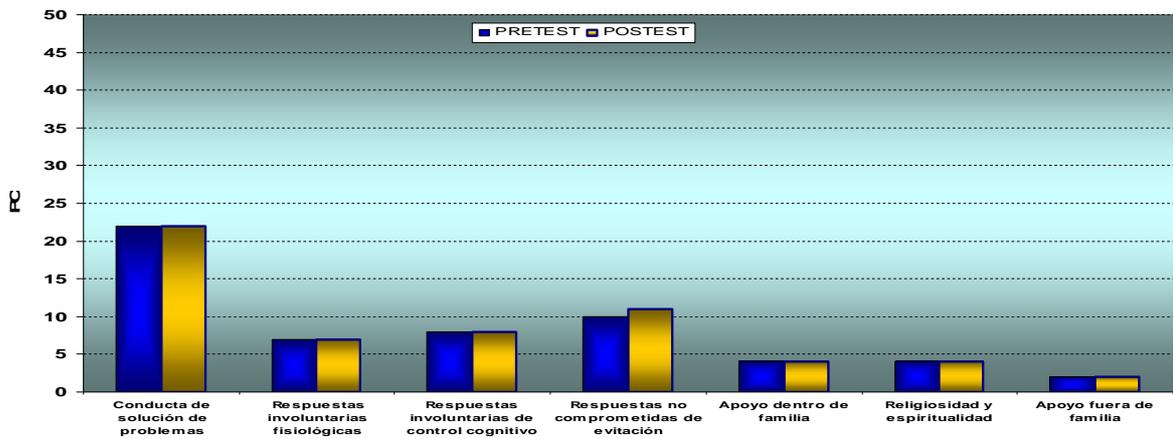


Figura 26. Caso 3. Puntajes obtenidos en el CA-A

Calidad de vida

En este caso, el reporte del adolescente respecto a su calidad de Vida en la forma general mostró una clara mejoría en todas las áreas (Figura 27). De manera importante, logró tener un funcionamiento óptimo (puntuaciones equivalentes a cero), en cuanto a la realización de actividades físicas cotidianas, las relaciones con los pares, las preocupaciones por la enfermedad y las actividades de autocuidado.

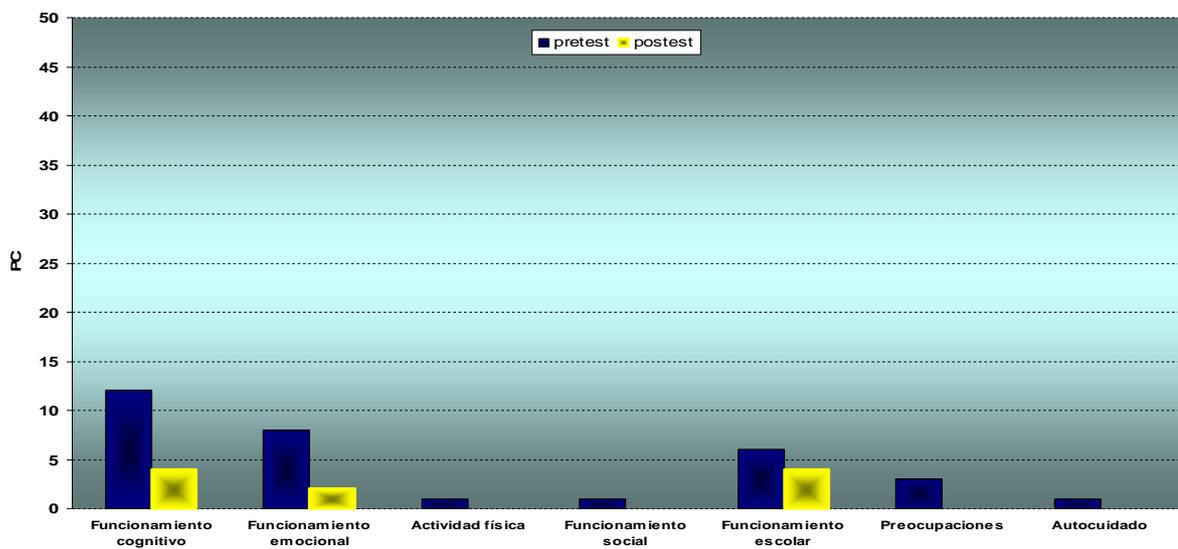


Figura 27. Caso 3. Calidad de Vida: Forma general para adolescentes

Aunque ocasionalmente padeció de dificultades en el funcionamiento cognitivo, emocional, escolar y en relación con las preocupaciones respecto al tratamiento médico, es importante notar que disminuyeron de manera importante, en relación con la frecuencia con que refirió las molestias antes de recibir el tratamiento psicológico. De esta manera, la mayoría de las áreas mostraron un funcionamiento óptimo, cercano a la ausencia de disminución en las diversas áreas donde se desempeña habitualmente el adolescente.

Por otra parte, el informe de la madre muestra que en relación con el primer reporte, hubo una notable mejoría en relación con las molestias físicas y el estado de ánimo. Las dificultades para hacer actividades relacionadas con la escuela, relacionarse con sus pares y otras personas, presentaron modificaciones menores. En contraste, pudo realizar las actividades físicas cotidianas en un nivel óptimo (Figura 28).

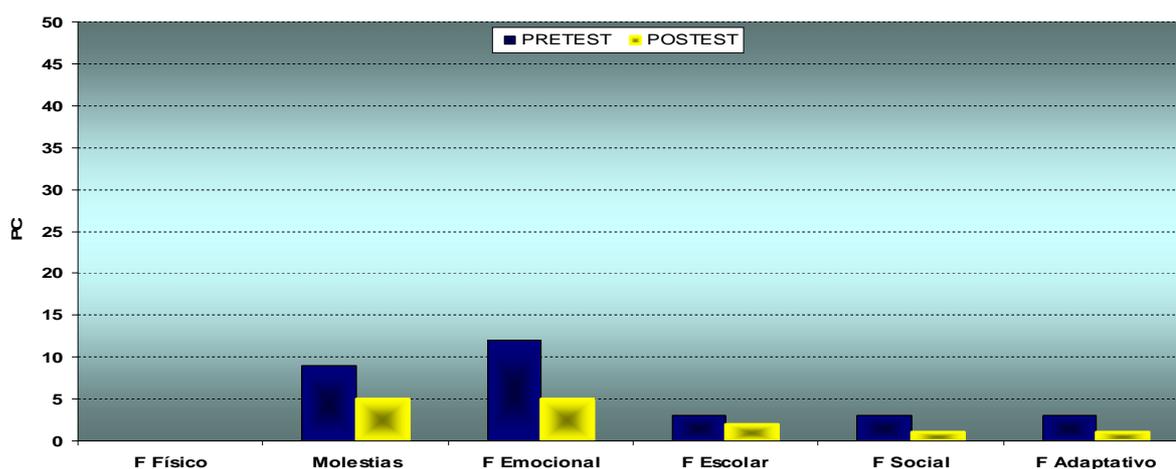


Figura 28. Caso 3. Calidad de Vida: Forma general para padres

A diferencia del reporte general, la adolescente refirió cambios en los aspectos relacionados con la enfermedad. En este sentido, se disminuyó frecuencia de las molestias por dolor y náusea, la ansiedad por los procedimientos invasivos y problemas cognitivos (Figura 29).

Por otra parte, las otras áreas indicaron un mantenimiento óptimo de la calidad de vida en relación con la enfermedad, siendo más notorio el mantenimiento de la calidad de vida en relación con la salud de en cuanto a la ansiedad por

tratamientos, la preocupación cognitiva, la apariencia física y la comunicación con el equipo de salud.

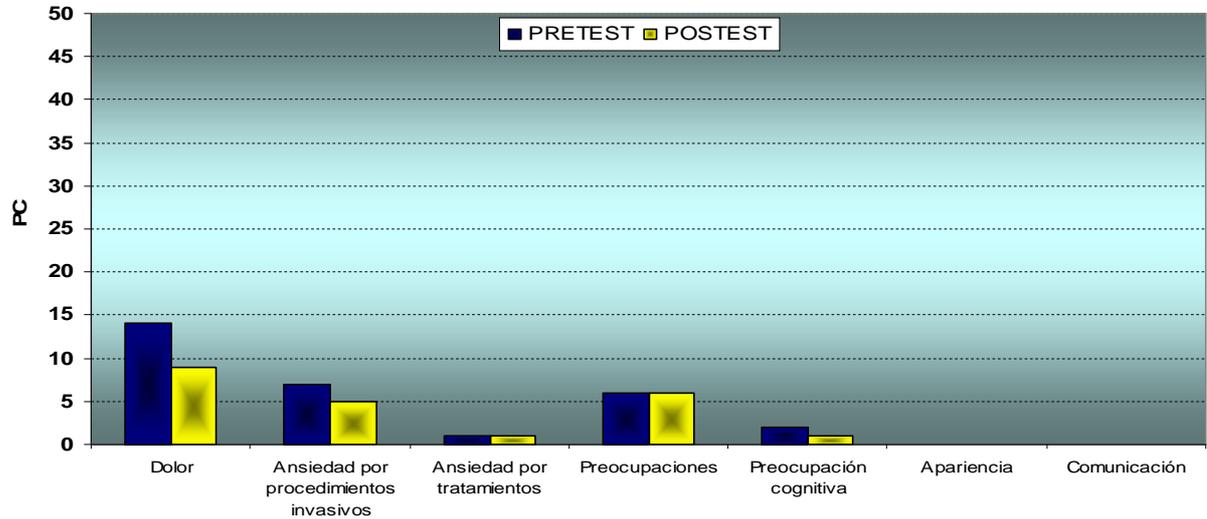


Figura 29. Caso 3. Calidad de vida: Forma específica para cáncer-Adolescentes

En cuanto a la forma de cáncer para padres, los puntajes del postest mostraron una notable mejoría en la calidad de vida de la participante hacia un funcionamiento óptimo, siendo más notoria la mejoría en relación con el dolor, la ansiedad por los procedimientos del tratamiento médico, las preocupaciones habituales y por la enfermedad, así como en la comunicación, tal como se observa en la Figura 30.

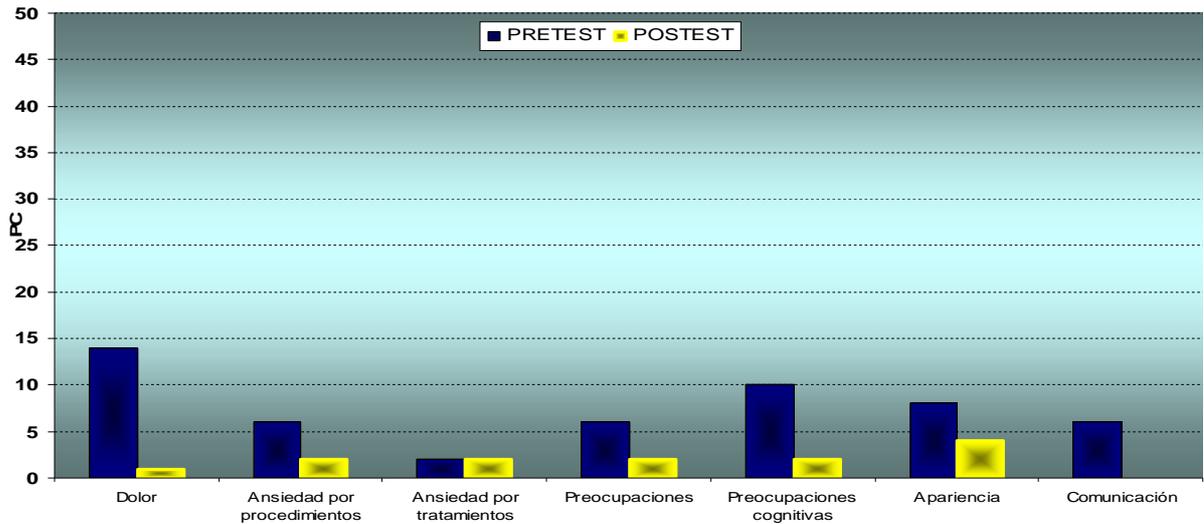


Figura 30. Caso 3. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer- Padres

Medidas repetidas

Como puede observarse, la frecuencia cardiaca promedio disminuyó de forma paulatina en el transcurso de la intervención, a partir de la segunda sesión. (Figura 31). En este participante fue notorio que, a pesar de que no existió una variación mayor en la frecuencia cardiaca promedio, refirió haber logrado un mayor control de la sintomatología a nivel cognitivo, considerando que durante la intervención, fue sometido a quimioterapia.

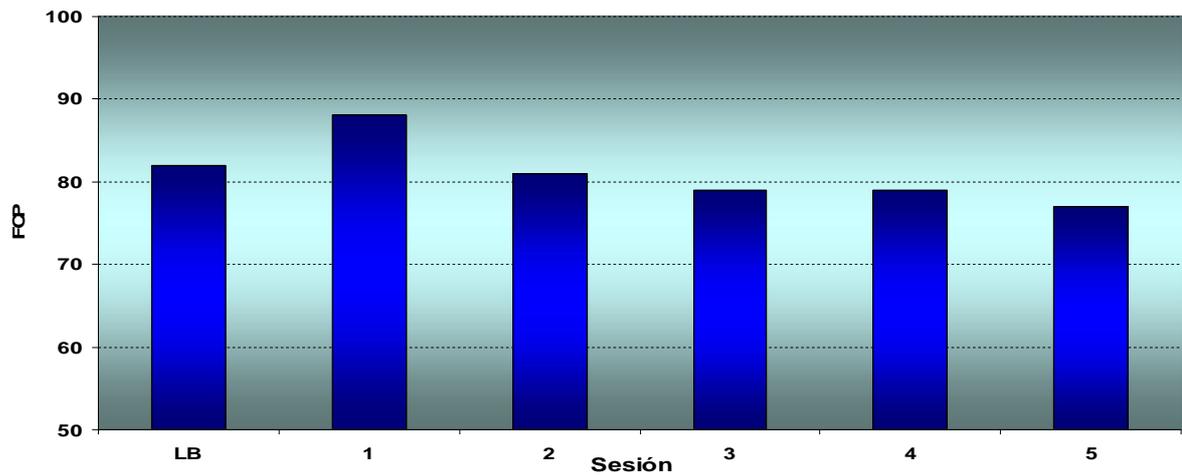


Figura 31. Caso 3. Frecuencia cardiaca

Es de especial mención que durante la toma de la línea base y a primera sesión de relajación, el participante refirió palpitations y sensación de sofocación,

que son síntomas secundarios habituales al comienzo de la aplicación de la técnica

Sin embargo, a partir de la segunda sesión, desaparecieron las reacciones secundarias. Así mismo, refirió practicar en otros momentos y escenarios la estrategia, sin presentar molestias.

De igual manera, la percepción subjetiva de tensión también disminuyó de manera notable a partir de la segunda sesión, sin mostrar variaciones hacia la quinta sesión. A pesar de eso, el participante refirió que aunque de forma ocasional aumentaban las molestias debido a los medicamentos, sentía que podía mantenerlas bajo control (Figura 32).

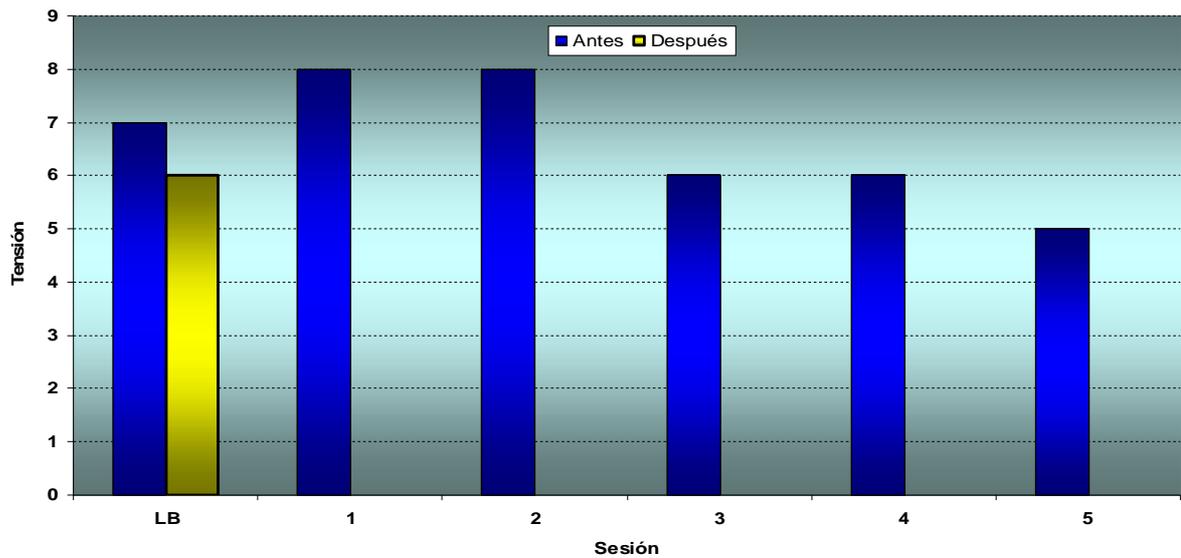


Figura 32. Caso 3. Autoinforme de relajación

Casos 4, 5 y 6:
Aplicación de Intervención Institucional²

Caso 4 (II)

Características relevantes

Se refiere a un adolescente de sexo femenino, con 15 años de edad. El diagnóstico médico era leucemia aguda linfocítica de tipo L1, con alto riesgo por presentar marcadores genéticos. Proviene de una familia nuclear, de tres hijos, ella es la primera, con dos hermanos varones. Cuando se hizo la entrevista para obtener el consentimiento informado, recién había sido hospitalizada por pancreatitis aguda. Sus expectativas al iniciar la intervención eran sentirse mejor en lo emocional y tolerar estar hospitalizada, sin alimentos. Se aplicó la intervención institucional en una sesión.

Resumen de la intervención

Se atendió una solicitud de referencia por parte del personal médico, debido a que mostraba un estado de ánimo deprimido, debido a las condiciones en las que se encontraba. Al entrevistarla, indicó que tenía varias semanas que no probaba alimento ni agua, debido a que no le funcionaba bien el páncreas, siendo nutrida por otros medios. Así mismo, tenía dolor en el abdomen con frecuencia y todo lo anterior le hacía sentirse mal, triste y en ocasiones desesperada por continuar en esas circunstancias.

Se indagó con la madre acerca de si ya se le había comunicado un diagnóstico definitivo y cuál era, indicando que le habían dado un diagnóstico preliminar de leucemia. Se exploraron los síntomas emocionales que presentaba y se le pidió que refiriera con más detalle qué pensaba, sentía y hacía cuando se sentía

² Se refiere a la intervención realizada habitualmente dentro del INP

triste. Indicó que varias veces durante el día se sentía así, especialmente cuando llevaban los alimentos a los compañeros de cuarto, o cuando le dolía el abdomen, pensaba que quería comer y ya tenía mucho tiempo así, por lo que se desesperaba en ocasiones y se entristecía.

Ante estas situaciones, a veces lloraba con su madre y trataba de distraerse platicando con su madre, hablando por teléfono con sus familiares, rezando o platicando con los otros pacientes y sus familiares. Los resultados de las mediciones pre y postest se muestran en seguida.

Medición de sucesos de vida

Respecto a los eventos positivos que le ocurrieron en el último año, en general los puntajes se encontraron dentro de la norma. De manera específica, reportó una mayor incidencia en el área de logros y fracasos, seguidos por elevaciones aún menores en las áreas restantes, tal como puede observarse en la Figura 33.

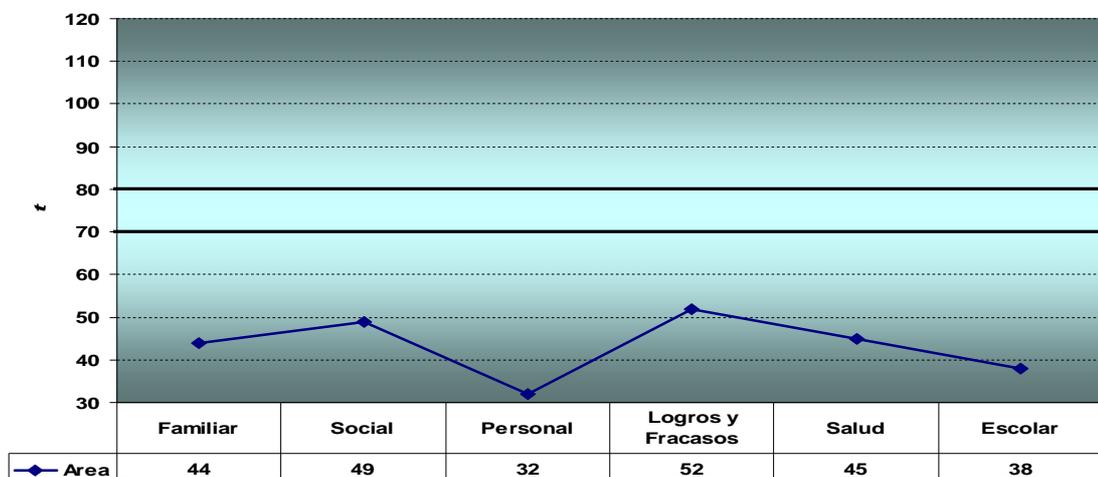


Figura 33. Caso 4. Perfil de sucesos estresantes positivos

En contraste, los datos obtenidos en relación con las áreas de sucesos negativos, se puede observar elevaciones muy importantes en el área de salud, donde presentó mayor afectación. En las áreas escolar y familiar,

también refiere una cantidad elevada de acaecimientos negativos. Por el contrario, las áreas restantes se encuentran dentro de los límites esperados.

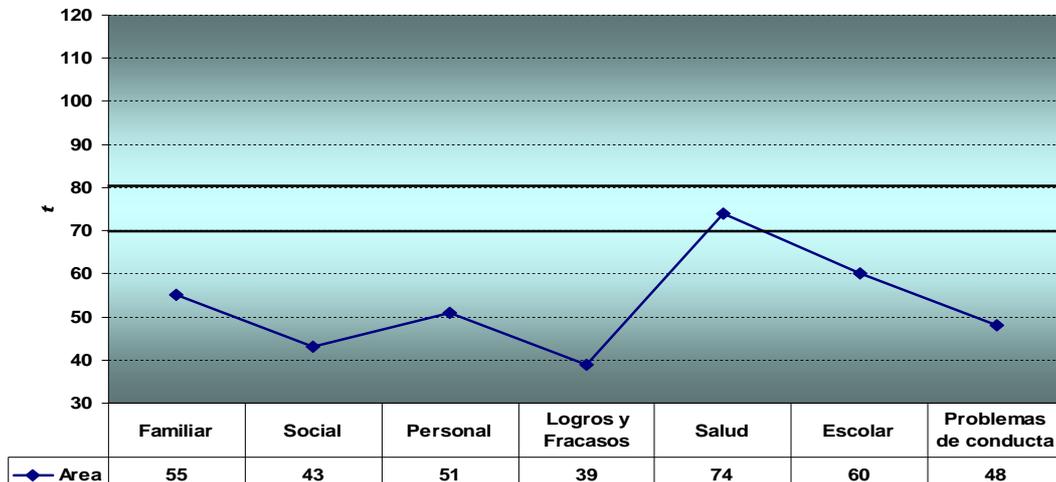


Figura 33a. Caso 4. Perfil de sucesos estresantes negativos

MMPI-A

En las escalas clínicas del MMPI-A (Figura 34), se encontró que la participante C al momento del pretest presentó puntuaciones dentro del promedio, aunque con mayores elevaciones en la escala de histeria (Hs). Al momento del pretest, algunas escalas disminuyeron, específicamente la escala de histeria (Hs) e hipocondriasis (Hi). El resto de las escalas clínicas se mantuvo dentro de los límites normales.

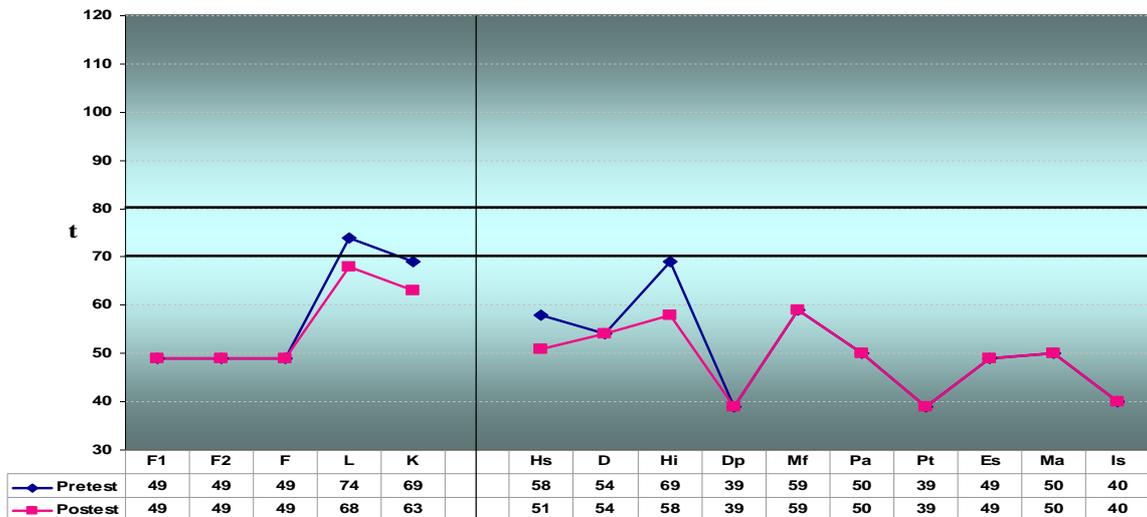


Figura 34. Caso 4. Perfil del MMPI-A: Validez y escalas clínicas

Por otra parte, en las escalas de contenido (Figura 35), se encontró una elevación importante en la escala correspondiente a la salud en el momento del pretest, presentando el resto una puntuación dentro de la norma.



Figura 35. Caso 4. Perfil del MMPI-A: Escalas de Contenido y Suplementarias

Sin embargo, al momento del postest, se observaron elevaciones en la escala FAM (familia) y MAC (Mac Andrew), que indican dificultades en las relaciones familiares y uso incrementado de medicamentos. Así mismo, se notó una discreta disminución en el puntaje de obsesividad (OBS). Por otro lado, la

escala R (Represión) se mantuvo en niveles similares en los dos momentos de la aplicación.

Afrontamiento

En relación con las estrategias de afrontamiento, en el postest puede el incremento más grande en las conductas para solucionar problemas. En menor grado, se mostró un leve aumento de las estrategias para apoyarse en creencias religiosas o espirituales.

En contraste, se mostró un mínimo incremento en las respuestas involuntarias no comprometidas, especialmente en las encaminadas a evitar, negar o distraerse de la situación problemática, el pensamiento mágico, así como la rumiación y la preocupación excesiva. Esto podría suponer que la participante puso en juego estrategias encaminadas a ajustarse al padecimiento médico, que en otras circunstancias serían consideradas disfuncionales (Figura 36).

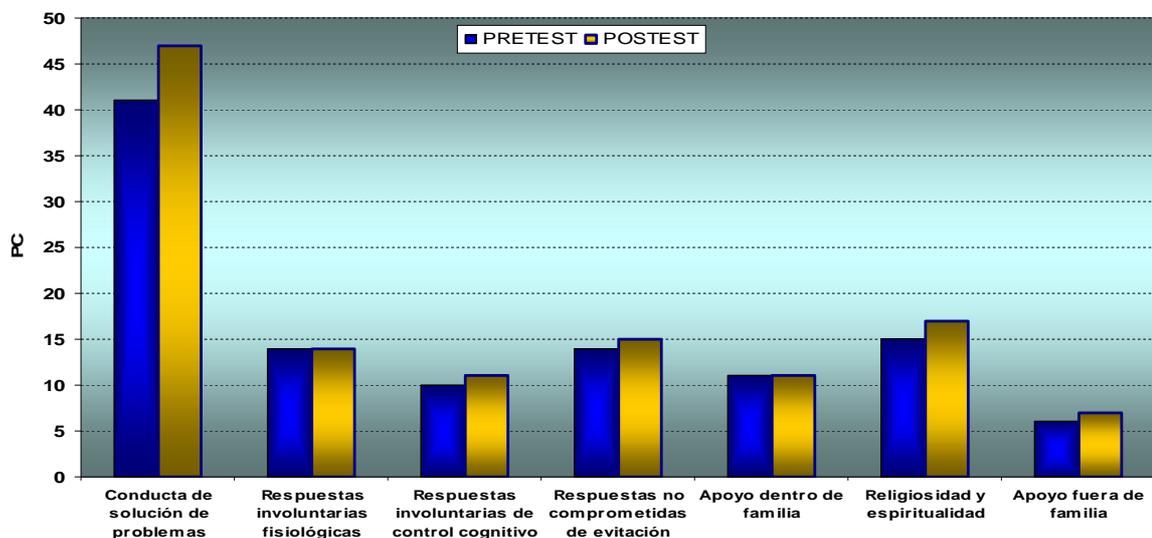


Figura 36. Caso 4. Puntajes obtenidos en el CA-A

Calidad de vida

En este caso, los puntajes de la calidad de Vida en la forma general, se mantuvieron estables antes y después de la intervención, de acuerdo con el reporte de la adolescente (Figura 37). Cabe mencionar que cuando se aplicó el pretest, se encontraba hospitalizada, en las circunstancias que se mencionaron antes. En cambio, el postest se aplicó cuando ya iniciaba sus ciclos de quimioterapia. Probablemente, estos factores pudieron influir para que su percepción de bienestar fuera similar en ambos momentos.

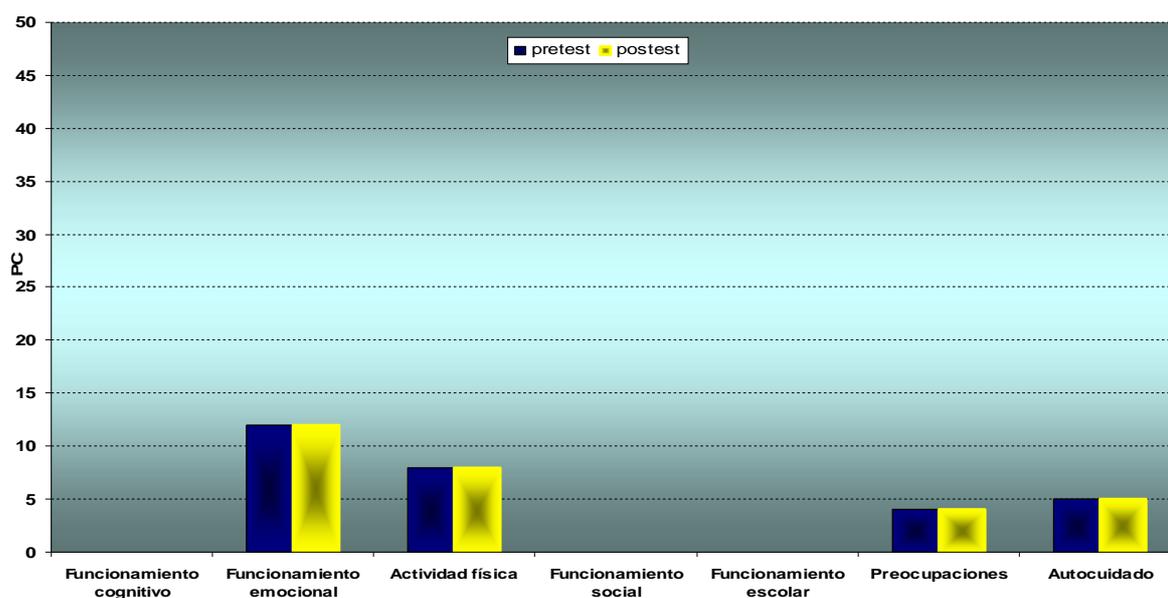


Figura 37. Caso 4. Calidad de vida: Forma general para adolescentes

Ahora bien, en el informe de los padres se notaron variaciones importantes en el pretest y el postest (Figura 38). En específico, ambos consideraron una disminución en la sintomatología en el postest, el cual se aplicó cuando la participante había regresado a su hogar.

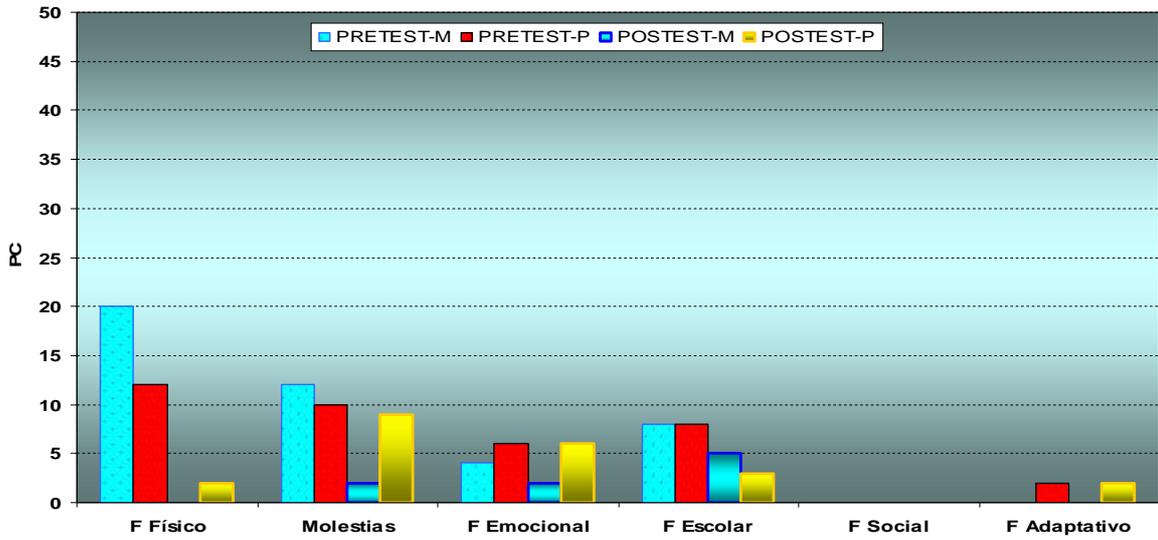


Figura 38. Caso 4. Calidad de Vida: Forma general para padres

Respecto a la percepción de bienestar en relación con la enfermedad, la adolescente indicó un mantenimiento de los síntomas de dolor y ansiedad, así como de la ausencia de problemas de ansiedad por el tratamiento, preocupaciones cognitivas y problemas para comunicarse con el personal médico (Figura 39).

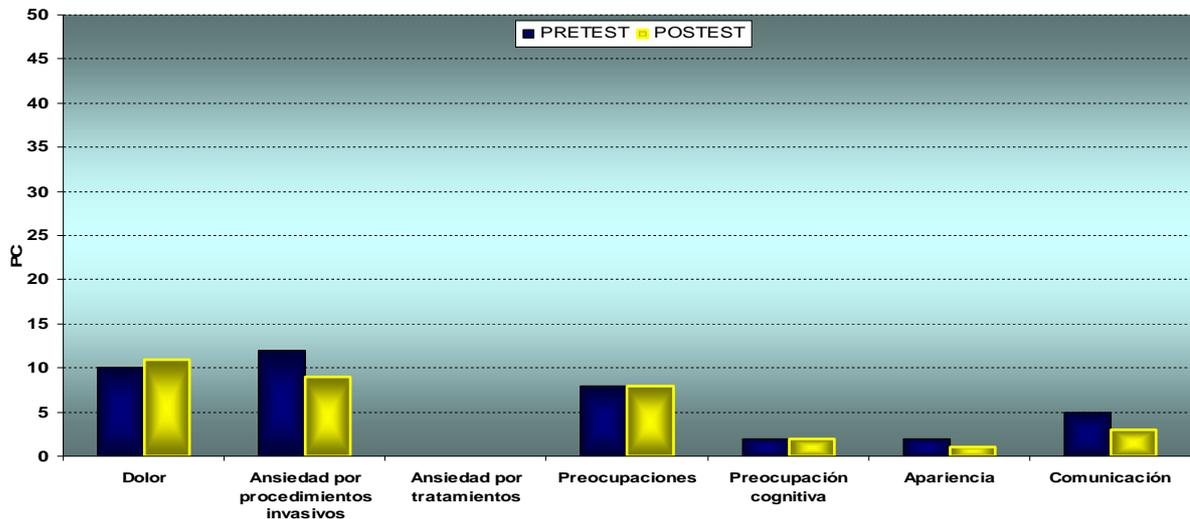


Figura 37. Caso 4. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer - adolescentes

En cuanto al reporte de los padres respecto al deterioro en la calidad de vida debido a la enfermedad, se mantuvieron de forma similar los puntajes en el pretest y el postest (Figura 40). De manera particular, el padre refirió una leve disminución en cuanto al dolor y la náusea, así como en las preocupaciones. En contraste, la percepción de la madre es que no existieron variaciones antes y después de la intervención.

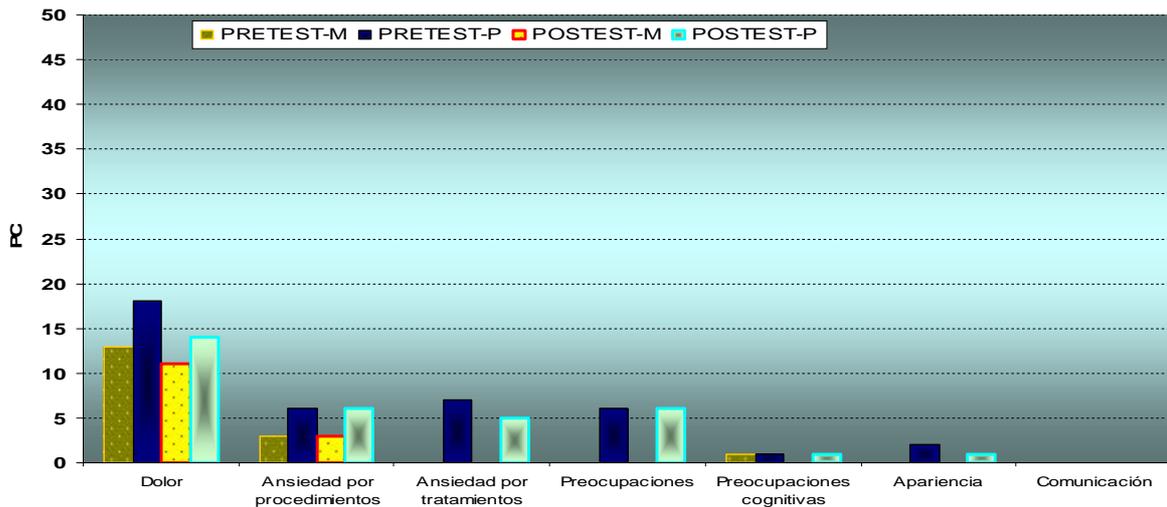


Figura 40. Caso 4. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer - padres

Caso 5 (II)

Características relevantes

Se refiere a un adolescente de sexo masculino, con 13 años de edad al momento de la entrevista para obtenerle consentimiento informado. El diagnóstico médico era leucemia aguda mielocítica de tipo M3. Cuando se hizo la entrevista para obtener el consentimiento informado, se encontraba hospitalizado debido a complicaciones por la enfermedad. Provenía de una familia nuclear, con tres hijos: siendo el primogénito, los hermanos también eran de sexo masculino.

Resumen de la intervención

Este participante fue atendido a petición de una interconsulta hecha por el personal médico de hematología pediátrica, debido a que presentaba un estado de ánimo deprimido por la estancia hospitalaria prolongada. Se aplicó la intervención institucional en una sesión, donde la terapeuta trabajó con la madre y el hijo. Los resultados de las mediciones se muestran en seguida.

Medición de sucesos de vida

De manera general, se puede observar la presentación escasa de sucesos estresantes positivos en el área social, como se muestra en la Figura 41. Por el contrario, los puntajes en el área escolar y familiar se aproximan a la norma, mientras que en las otras áreas existen mínimas variaciones. En este sentido, el perfil muestra a un sujeto que le han ocurrido sucesos en un grado similar a sus pares.

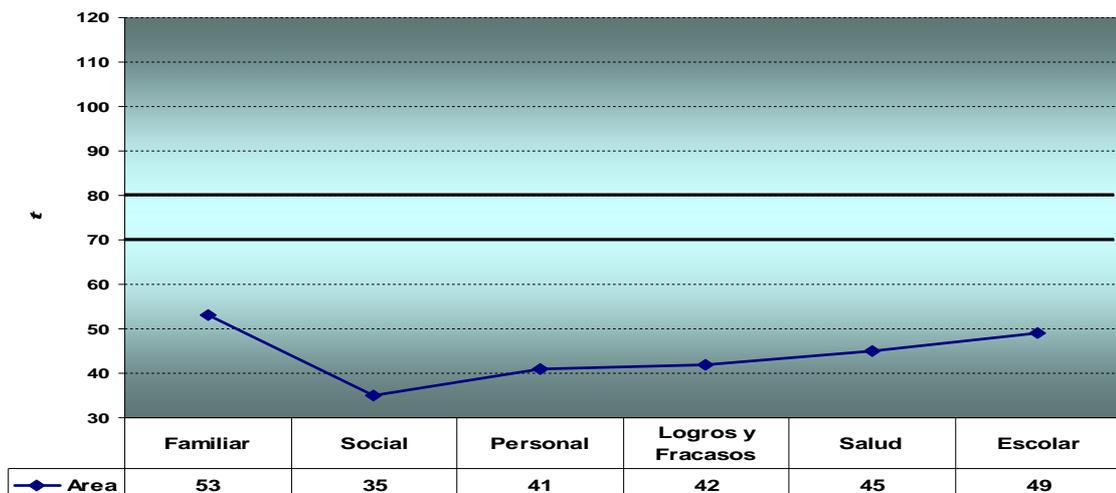


Figura 41. Caso 5. Perfil de sucesos estresantes positivos

Ahora bien, en cuanto a los sucesos negativos (Figura 41a), el perfil se mostró homogéneo, con puntuaciones que se sitúan dentro de la norma. Por lo tanto, en el último año, estuvo sometido a una cantidad similar de sucesos que el promedio de los pares.

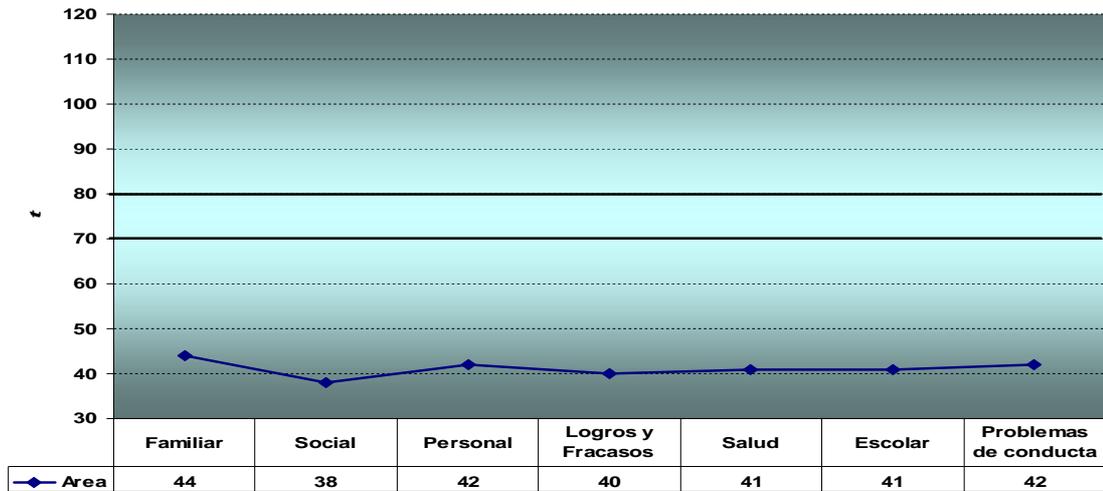


Figura 41a. Caso 5. Perfil de sucesos estresantes negativos

MMPI-A

En las escalas clínicas del MMPI-A, se encontró que el participante D al momento del pretest presentó puntuaciones dentro del promedio (Figura 42), aunque con mayores elevaciones en las escalas de histeria (Hs), depresión (D) e hipocondriasis (Hi). Las dos primeras presentaron disminuciones hacia la norma en el postest.

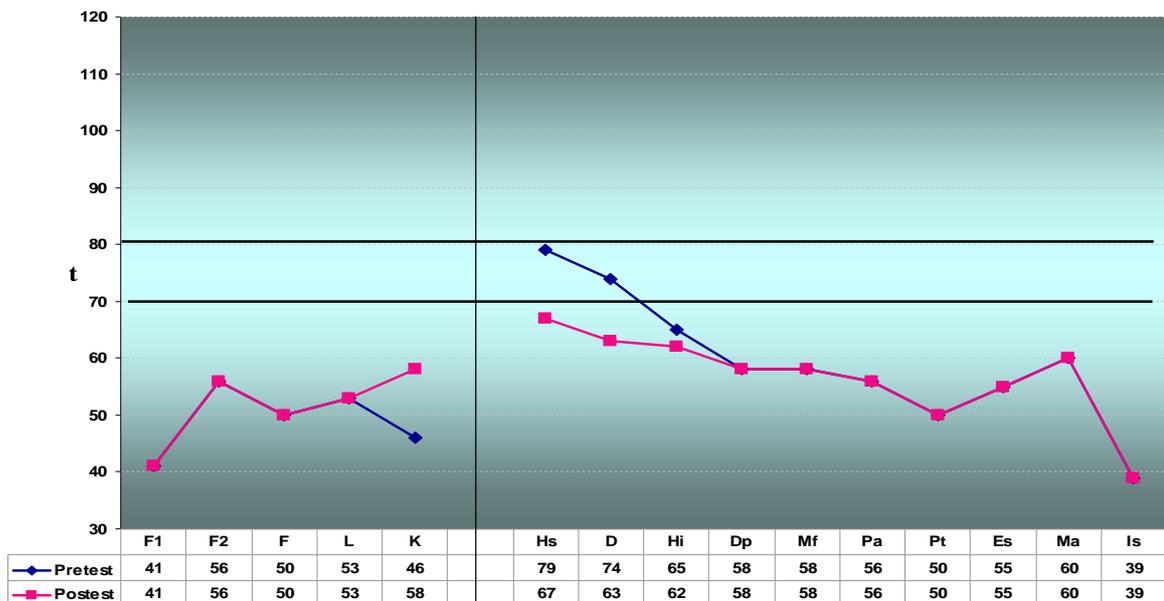


Figura 42. Caso 5. Perfil del MMPI-A: Validez y escalas clínicas

Respecto a las escalas de contenido (Figura 43), se encontró una elevación considerable en la escala correspondiente a salud (SAU), en tanto que la escala de incomodidad en situaciones sociales (ISO) y rechazo al tratamiento (RTA). El resto de las escalas presentó puntuaciones dentro de la norma.

Posteriormente, al momento del postest se notó una leve disminución tan solo en la escala de obsesividad (OBS), baja autoestima (BAE), sin disminuir a las puntuaciones promedio. Por el contrario, se incrementó levemente el malestar en la escala referente a la familia (FAM). Las escalas complementarias: ansiedad (A) y Represión (R), se aproximaron a las puntuaciones promedio.

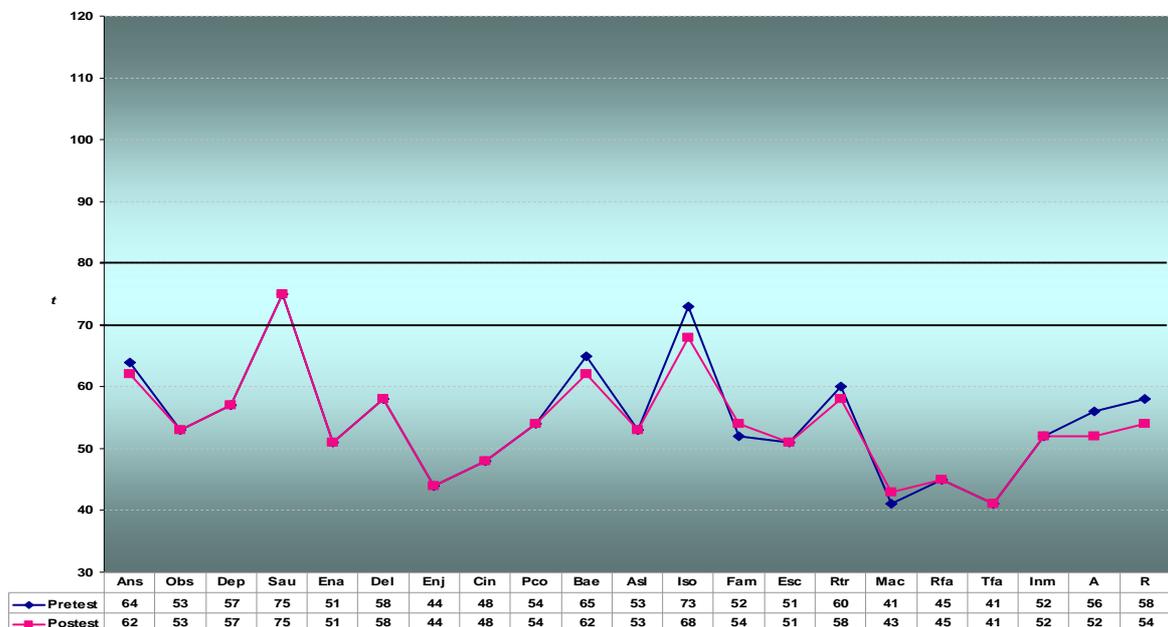


Figura 43. Caso 5. Perfil del MMPI-A: Escalas Complementarias y Suplementarias

Afrontamiento

Ahora bien, en cuanto a las estrategias de afrontamiento, se puede notar una estabilidad de los patrones de respuesta en el pretest y el postest en relación con este participante (Figura 44).

En el postest puede notarse un leve incremento en el uso de respuestas de control primario enfocadas a la solución de problemas, así como en las estrategias centradas en la religión y la espiritualidad. Así mismo, se presentó una disminución mínima en la búsqueda de apoyo dentro de la familia. En contraparte, el uso de estrategias disfuncionales se mantuvo en puntuaciones similares en los dos momentos de las mediciones.

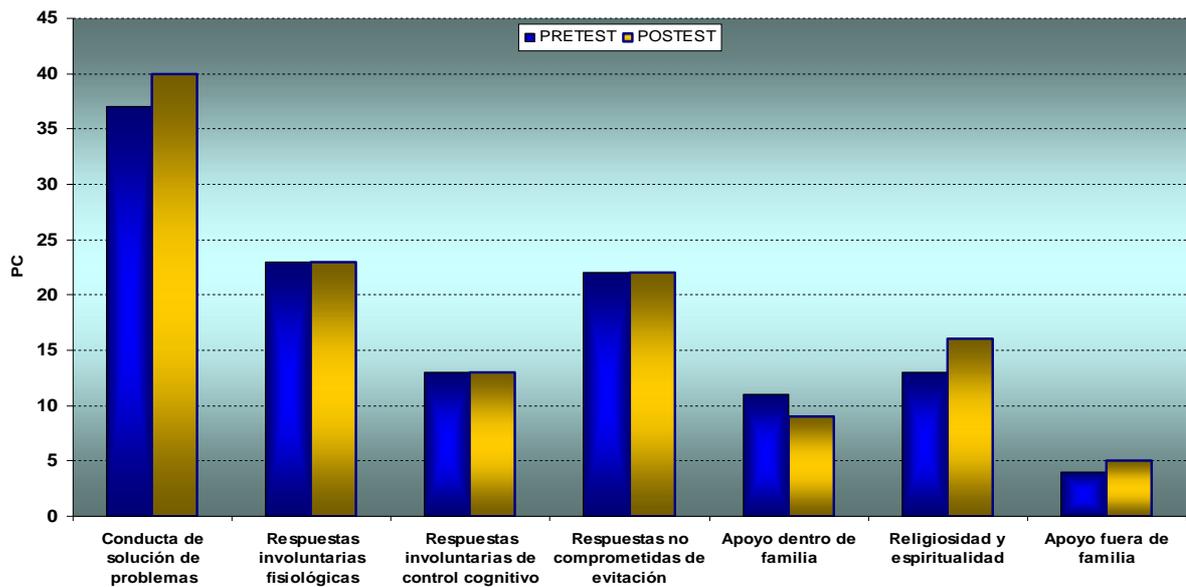


Figura 44. Caso 5. Puntajes obtenidos en el CA-A

Calidad de vida

En este caso, los puntajes de la calidad de Vida en la forma general, se mantuvieron estables antes y después de la intervención en el reporte del adolescente. Un aspecto importante de recalcar es el hecho de que el funcionamiento en las áreas generales se mantuvo con un deterioro mínimo, cercano al funcionamiento óptimo, siendo más evidente el deterioro en el funcionamiento escolar, físico y emocional, como se muestra en la Figura 45.

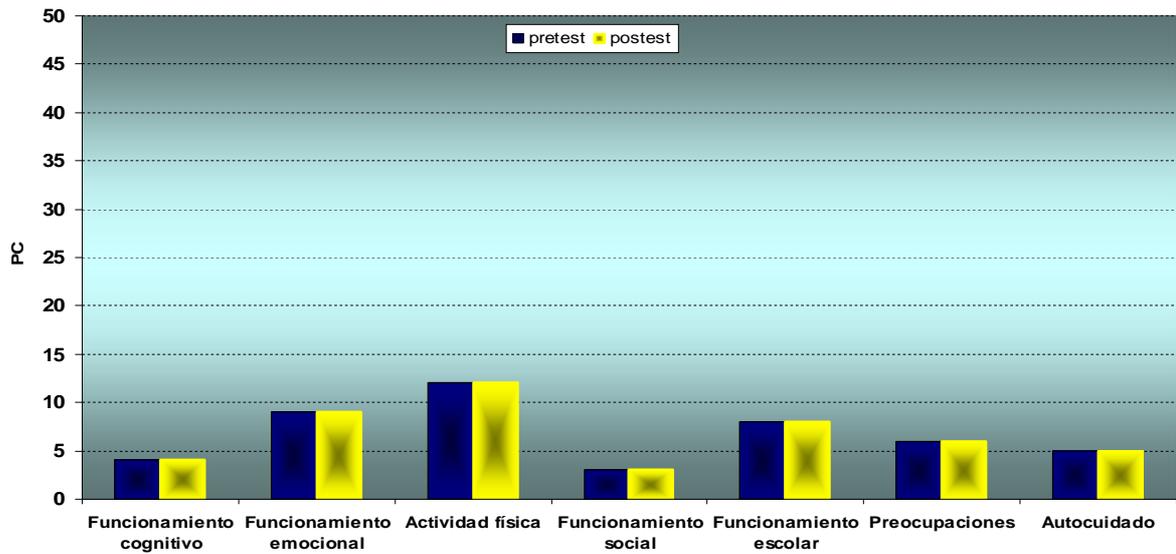


Figura 45. Caso 5. Calidad de Vida: Forma general para adolescentes

En cambio, las respuestas de la madre indican que en las áreas: escolar y adaptativa, se mantuvo un funcionamiento cercano al óptimo en la realización de actividades cotidianas. Así mismo, puede notarse que al término de la intervención, ocurrió una leve mejoría en su desempeño cotidiano respecto al funcionamiento físico, la percepción de molestias, y el funcionamiento social. (Figura 46).

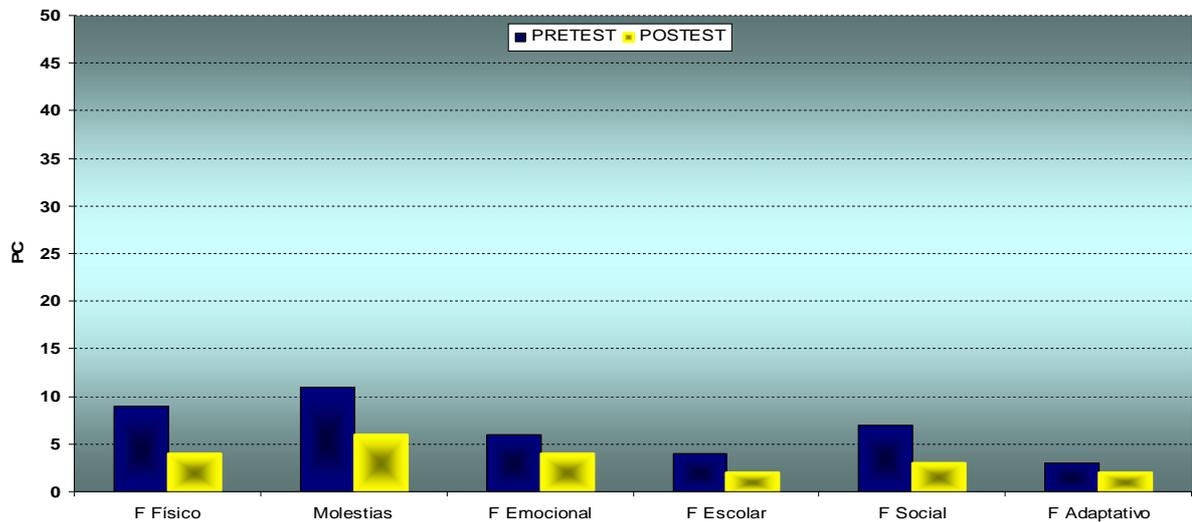


Figura 46. Caso 5. Calidad de Vida: Forma general para padres

A diferencia del reporte general, si se mostraron cambios en los aspectos relacionados con la enfermedad (Figura 47). En este sentido, se disminuyó la

frecuencia de ansiedad ante los procedimientos invasivos, la preocupación por la apariencia física y los problemas de comunicación con el personal médico.

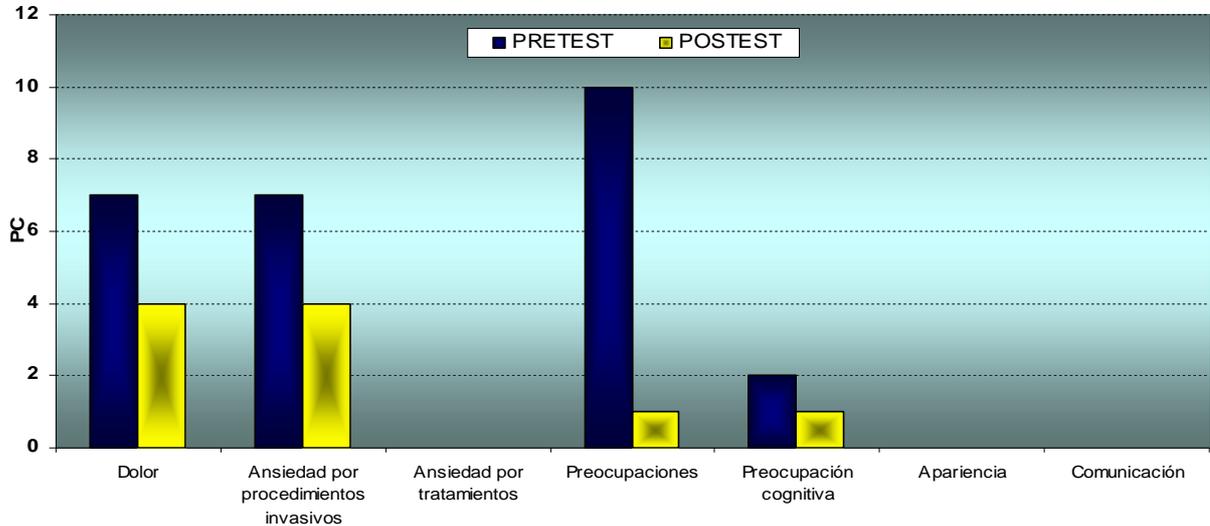


Figura 47. Participante 5. Calidad de vida: Forma específica para cáncer - adolescentes

En relación con el informe de la madre acerca de la calidad de vida respecto las áreas de afectación por la enfermedad (Figura 48), no percibió cambios siendo notable el deterioro en el funcionamiento cotidiano debido al dolor, la ansiedad por los procedimientos médicos, las preocupaciones acerca de la enfermedad, la incomodidad con la apariencia y la comunicación con el equipo de salud.

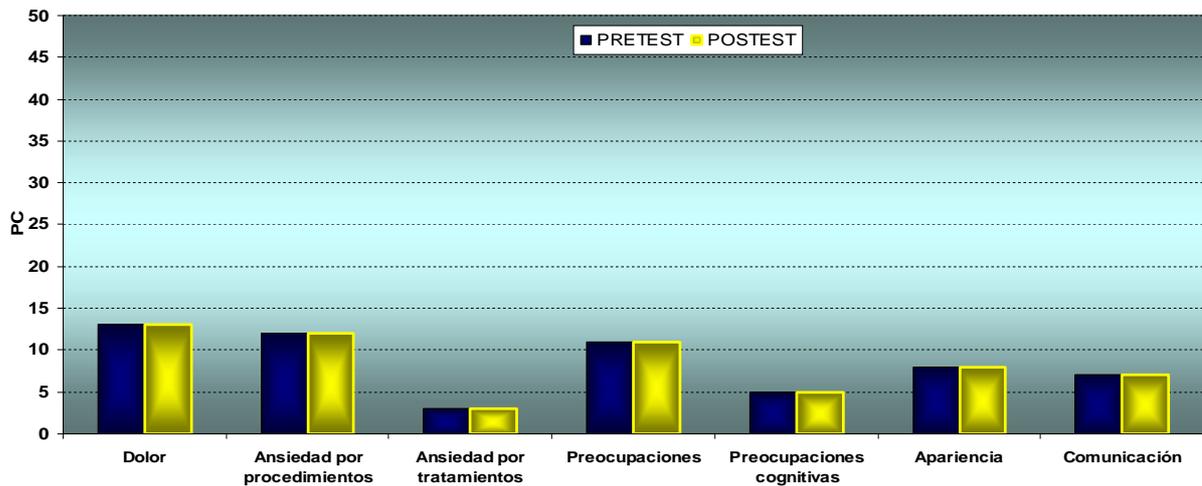


Figura 48. Caso 5. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer - padres

Caso 6 (II)

Características relevantes

Se refiere a un adolescente de sexo masculino, con 13 años de edad al momento de contactarlo. El diagnóstico médico era leucemia aguda linfocítica tipo L1, con alto riesgo por la edad.

Cuando se hizo la entrevista para obtener el consentimiento informado, se encontraba hospitalizado para recibir quimioterapia, para inducir la remisión completa continua. Proviene de una familia monoparental, siendo hijo único. Por la línea paterna, tiene hermanos mayores que él, con los que mantiene contacto frecuente y llevan una relación cálida.

Resumen de la intervención

Fue remitido por interconsulta, debido a que la madre refería que lloraba mucho, estaba triste y se enojaba con facilidad. La expectativa del participante al iniciar la intervención era poder dejar de llorar, de estar triste y enojado. Se aplicó la Intervención institucional en una sesión, dejando el seguimiento abierto, dependiendo de la necesidad de atención percibida por el paciente o el cuidador.

Durante la intervención, se indagó acerca del diagnóstico del paciente y el tiempo que llevaba en tratamiento, para explorar si existía síntomas habituales de ajuste psicológico al padecimiento. La madre refirió que su diagnóstico era reciente, y había sido internado por primera vez, periodo en el que comenzó a mostrarse llorón, triste y enojado con frecuencia.

Estos síntomas fueron corroborados por el paciente, quien indicó que siguieron manifestándose aún en su hogar, siendo ocasionadas por la incomodidad que le generaba su malestar físico, además de que no estaba de acuerdo con el trato que recibía la madre por parte de sus patrones, además de que anhelaba

regresar a su comunidad de origen, puesto que ahí se sentía solo y aislado. Ante esta situación, su madre indicó que era una inquietud que el niño tenía y que ella estaba de acuerdo con él, pero le era conveniente terminar la relación laboral después.

Se indagó la viabilidad de tal alternativa de solución, dado los requerimientos en la atención de la enfermedad, por lo que indicó que contaba con varias alternativas para emplearse y tener apoyo social e instrumental de la familia extensa para que le apoyaran en el cuidado de su hijo.

En relación con los síntomas emocionales que presentaba el menor, se le proporcionó psicoeducación respecto al proceso psicológico de la enfermedad y el manejo de los síntomas secundarios a quimioterapia y procedimientos invasivos.

Así mismo, se le modelaron algunas estrategias de reestructuración cognitiva, en relación con las ideas catastróficas e irracionales que tenía respecto al tener que estar internado o someterse a los procedimientos invasivos.

En la semana posterior, se aplicaron los instrumentos del postest. En ocasiones posteriores, se contactó de manera casual con el participante y su madre, quienes indicaron que a partir del cambio de residencia, disminuyeron de forma significativa las causas por las que se les dio la atención psicológica y les facilitó el manejo de las molestias físicas.

Los resultados de las mediciones se muestran en seguida:

Medición de sucesos de vida

Respecto a los sucesos positivos (Figura 49) que se presentaron en el último año para el participante, las áreas correspondientes a la familia, la relación con otros, así como los logros alcanzados, se situaron dentro de la norma.

En cambio, pueden observarse unas leves disminuciones en cuanto a la presentación de eventos en el área personal, en relación con la salud, así como en el ámbito académico.

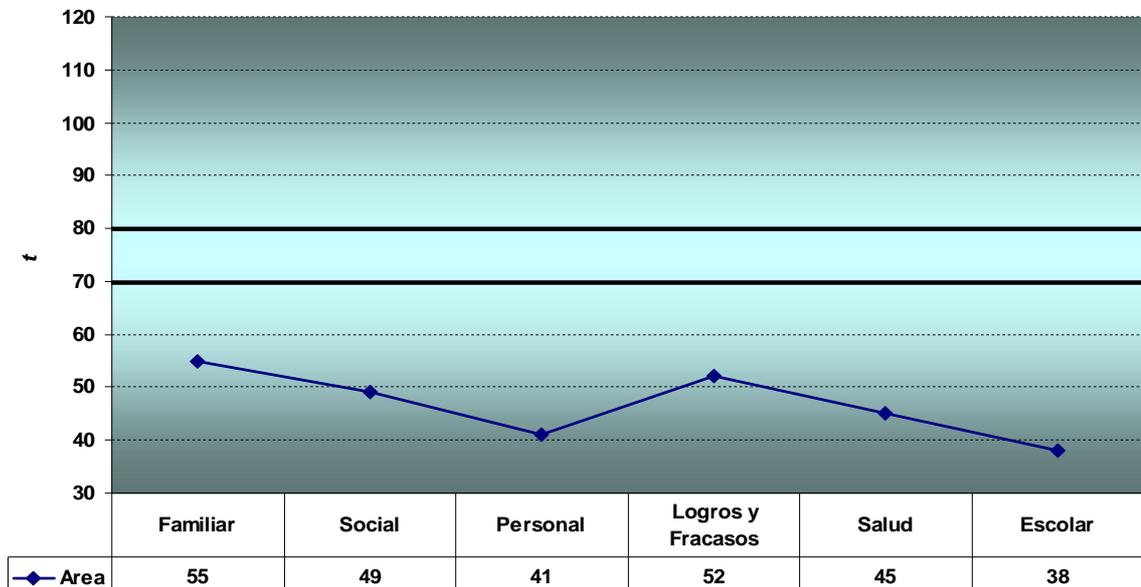


Figura 49. Caso 6. Perfil de sucesos estresantes positivos

En contraste, en la aparición de sucesos negativos, es notoria la elevación en el área de la salud, mientras que las demás áreas se encuentran por debajo de la norma, como puede observarse en la figura 49a.

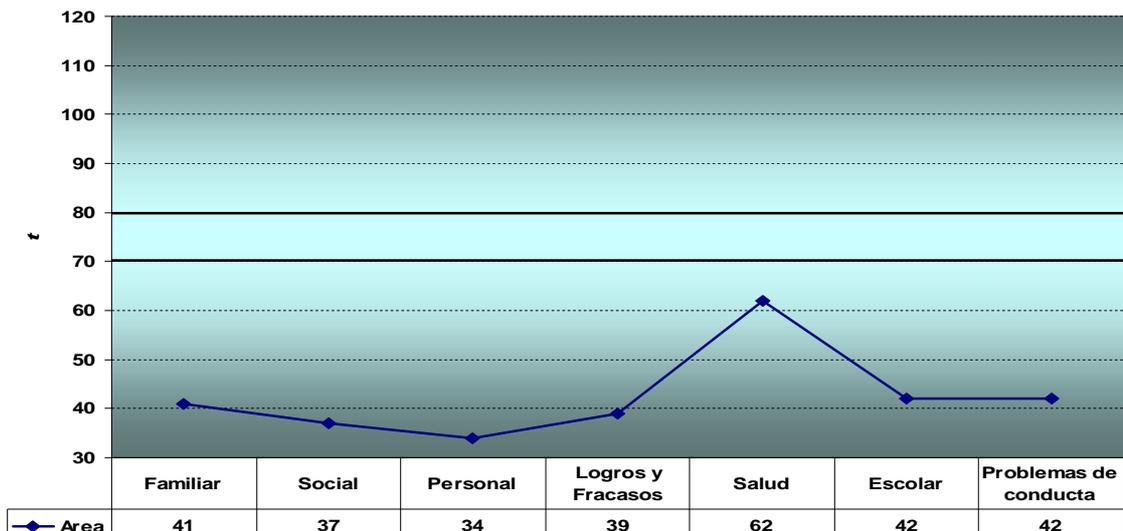


Figura 49a. Caso 6. Perfil de sucesos estresantes negativos

MMPI-A

En las escalas clínicas del MMPI-A, (Figura 50) se encontró que dicho participante, al momento del pretest presentó mayores elevaciones en las escalas: Defensividad (K), Depresión (D), Histeria (Hi) e introversión social (IS), que con excepción de la última, presentaron disminuciones leves, pero muy aproximadas a los parámetros clínicos ($t \geq 60$) al momento del postest.

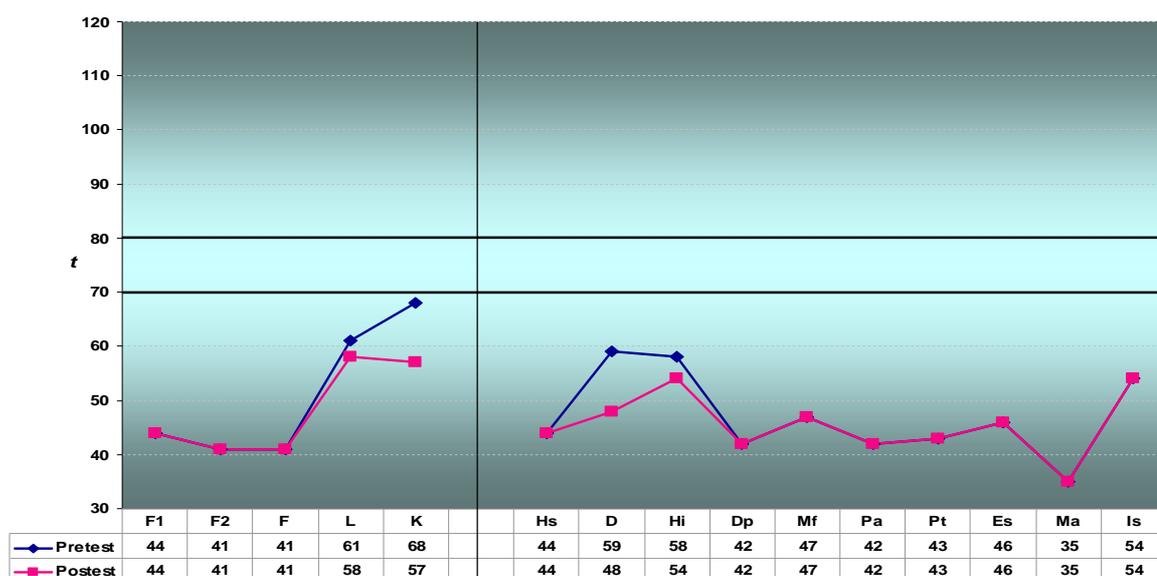


Figura 50. Caso 6. Perfil del MMPI-A: Validez y escalas clínicas

En específico, las preocupaciones somáticas y la negación de los problemas, así como la necesidad de aceptación y aprobación de los otros, siguieron manifestándose en grado clínico en la escala denominada Histeria.

No obstante, continuó respondiendo de forma defensiva, persistieron los sentimientos de desesperanza, apatía e insatisfacción presentes en la depresión, la queja por molestias somáticas, así como las dificultades para interactuar con otras personas.

Por otro lado, en las escalas de contenido (Figura 51), se encontró una elevación importante en la escala correspondiente a las aspiraciones (AsI), disconformidad social (Iso) y represión (R), presentando el resto una puntuación dentro de la norma.

Por el contrario, las escalas de ansiedad (Ans), obsesividad (Obs), depresión (Dep), enojo (Enj), cinismo (Cin), problemas de conducta (Pco), rechazo al tratamiento (Rtr) y Mac Andrew, (Mac) se encontraron por debajo de la norma en el pretest.

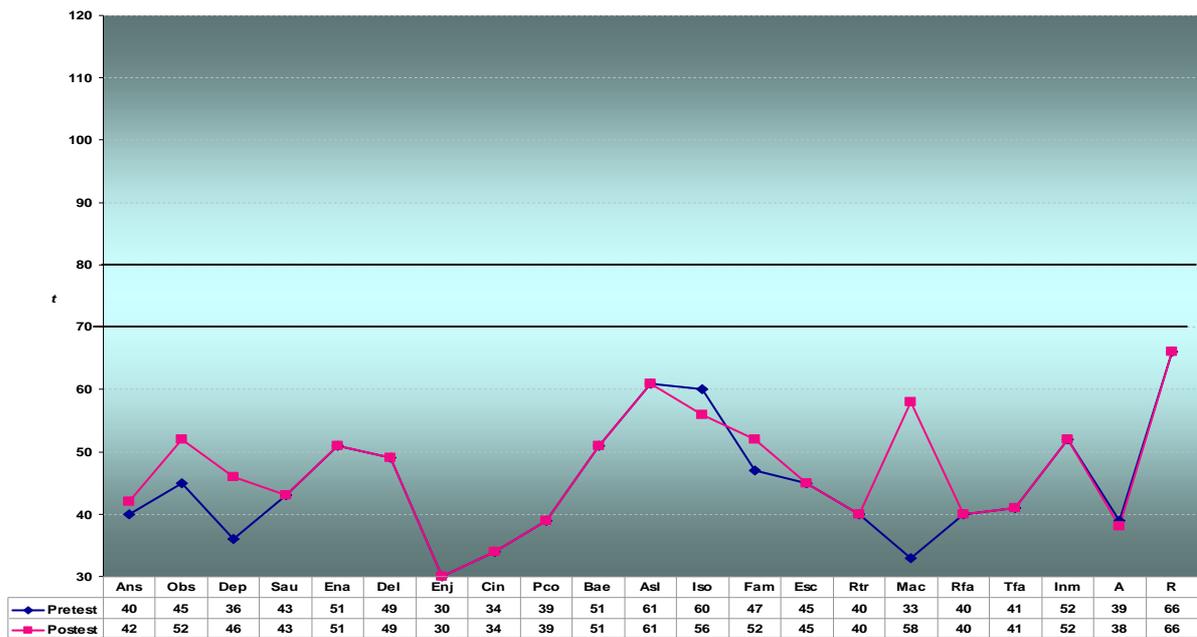


Figura 51. Caso 6. Perfil del MMPI-A: Escalas Complementarias

Sin embargo, al momento del postest se observa el incremento de algunas escalas hacia la norma, lo cual puede mostrar un intento por ajustarse a las condiciones ambientales, personales y de salud a las que estaba sometido. Sin embargo, es notoria la elevación al término de la intervención en cuanto a la escala Mac, probablemente como resultado de la elevada ingesta de medicamentos prescritos. En contraste, se notó una leve disminución en las escalas referentes a la familia (Fam) y el aislamiento (Asl)

Afrontamiento

Ahora bien, en cuanto a las estrategias de afrontamiento (Figura 52), se halló una similitud en los puntajes del pretest y el posttest, con la excepción de un puntaje levemente elevado en el factor denominado *Religiosidad y espiritualidad*, donde se muestra un leve incremento al momento del posttest.

Es importante hacer notar que si bien el promedio de los puntajes en cada factor fue similar en los dos momentos de la medición, el hecho de que no hubiera decremento de las respuestas de tipo evitativo y de distracción del estresor indica que las conductas disfuncionales continuaron afectando la adaptación del individuo a los estresores a los que se encontraba sometido en el momento de la intervención.

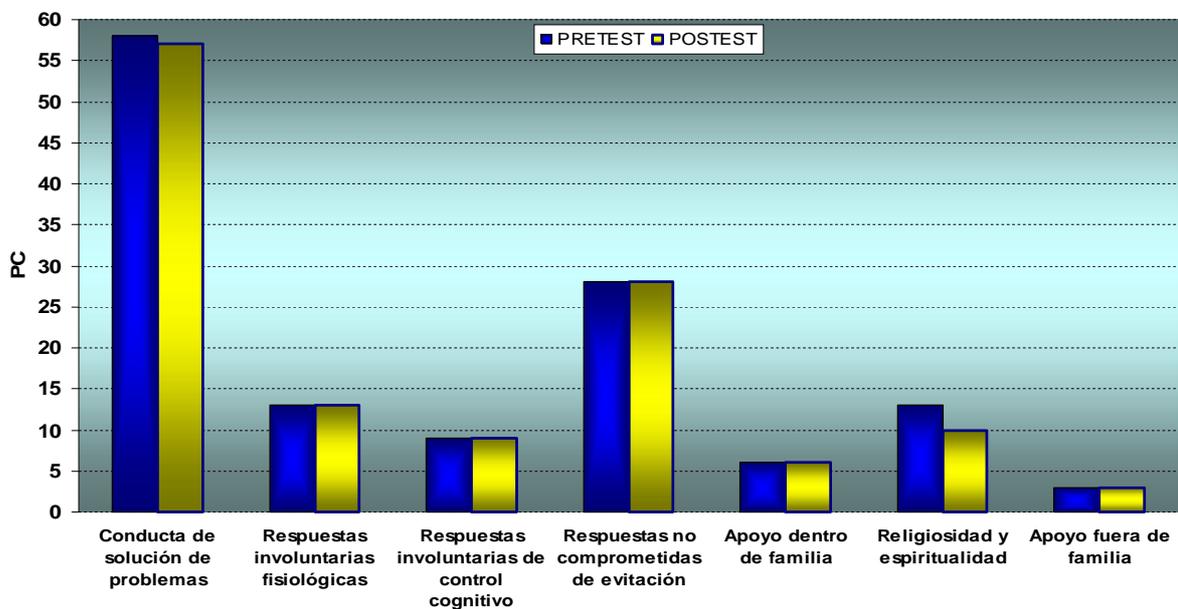


Figura 52. Caso 6. Puntajes obtenidos en el CA-A

Calidad de vida

En este caso, los puntajes de la calidad de Vida en la forma general, se presentaron similares antes y después de la intervención en el reporte del adolescente (Figura 53), es decir, en tanto que los puntajes se mantuvieron cercanos a cero, puede considerarse que no existió un deterioro importante en la capacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, de deterioro de funciones cognitivas, en el área emocional y social.

Ahora bien, en cuanto a las actividades escolares, cabe mencionar que no se presentaron modificaciones en dicha área, probablemente debido a que el participante no se había integrado nuevamente a la escuela.

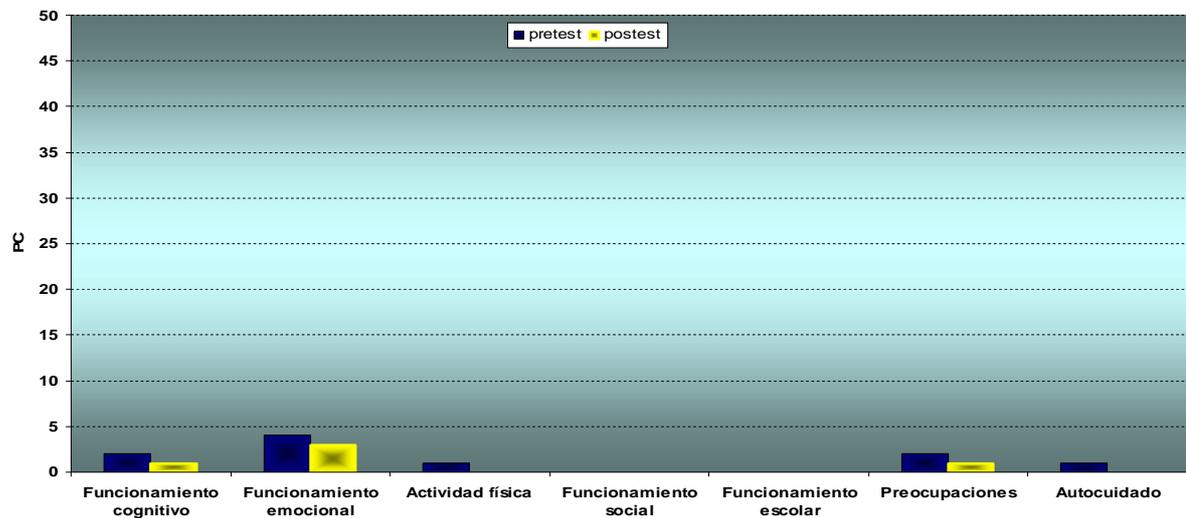


Figura 53. Caso 6. Calidad de Vida: Forma general para adolescentes

En relación con el informe de la madre del participante seis (Figura 54), refirió una mínima disminución en el área emocional al momento del postest; En contraste, refirió un leve incremento en la afectación en el área social y adaptativa. Por otra parte, el funcionamiento físico se mantuvo en niveles óptimos, de acuerdo con el reporte de la madre, mientras que la percepción de molestias y afectación en el área social fue muy aproximada antes y después de la intervención.

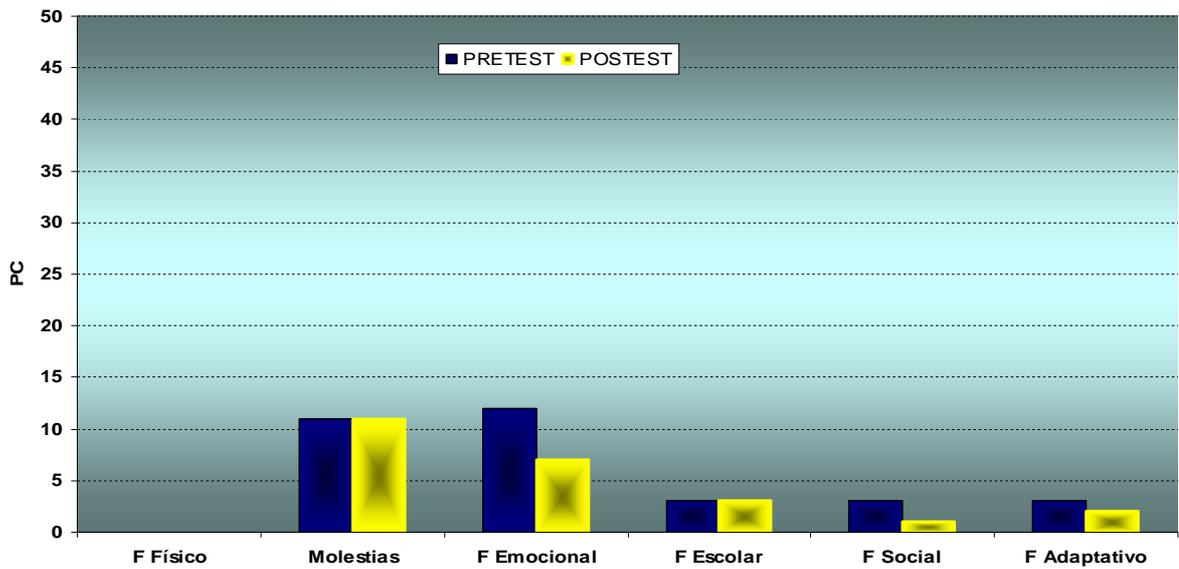


Figura 54. Caso 6. Calidad de Vida: Forma general para padres

A diferencia del reporte general, el adolescente refirió cambios en los aspectos relacionados con la enfermedad. En este sentido, disminuyeron los síntomas de dolor y náusea, ansiedad por procedimientos y tratamientos, las preocupaciones y de forma más leve, disminuyeron los problemas cognitivos (Figura 55).

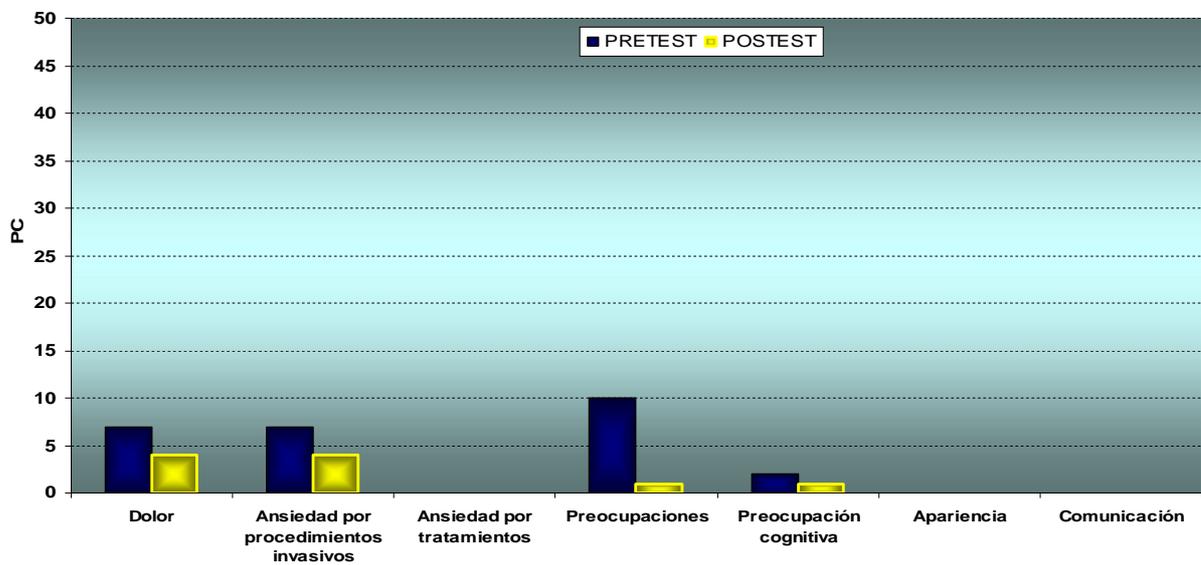


Figura 55. Caso 6. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer - Adolescentes

En cuanto al reporte de la madre, no refiere haber percibido cambios en las alteraciones en la calidad de vida, debidas a la enfermedad, como es evidente

en las puntuaciones del pretest y el postest, las cuales fueron similares (Figura 56).

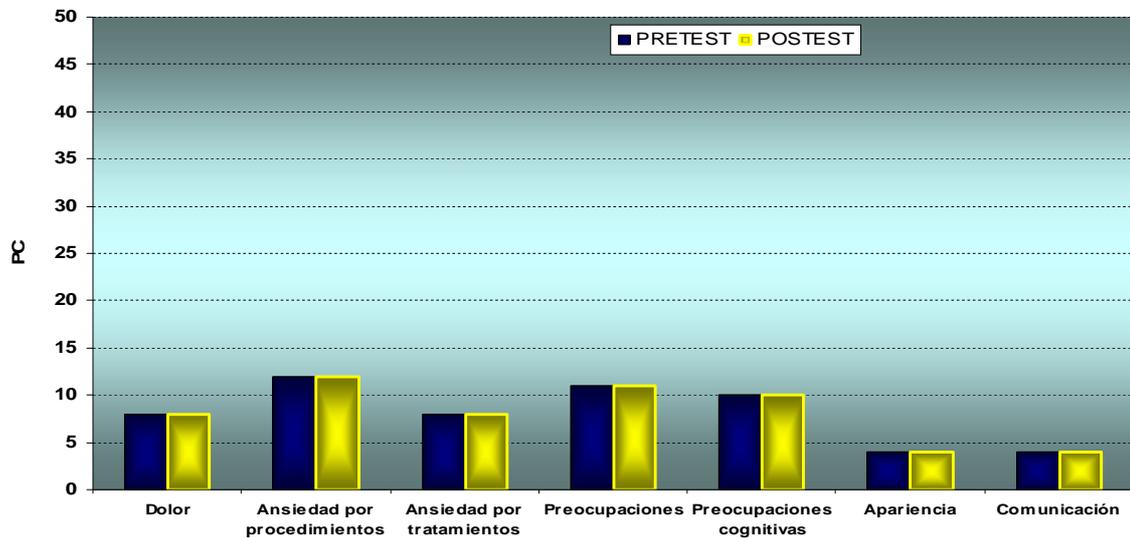


Figura 56. Caso 6. Calidad de Vida: Forma específica para cáncer - padres

Una vez que se presentaron las comparaciones en las puntuaciones del pretest y el postest de cada uno de los participantes de la presente investigación, se mostrará a continuación los resultados del contraste estadístico por grupos, comparando las dos formas de intervención con las que se trabajaron: la modalidad de Terapia Cognitivo Conductual Breve, así como la Intervención Institucional.

Contraste de los puntajes pretest y posttest en ambas intervenciones

En primera instancia, para estimar las diferencias de forma estadística, se hizo uso de la prueba no paramétrica U de Mann-Withney en relación con los puntajes que se obtuvieron, de acuerdo con la modalidad de intervención recibida.

Así, los resultados de dicha prueba respecto al uso de estrategias de afrontamiento, indican que no existen diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos en el momento del pretest, con excepción de las respuestas involuntarias fisiológicas, como se observa en la Tabla 6.

Tabla 6. Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB e II, en el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes

Factor	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	p
Conductas de solución de problemas	TCCB	3			3.0	9.0		
	II	3			4.0	12.0		
	Total	6	42.50	16.28			3.0	.51
Respuestas involuntarias fisiológicas	TCCB	3			2.17	6.5		
	II	3			4.83	14.5		
	Total	6	13.16	5.52			0.5	0.07
Respuestas involuntarias de control cognitivo	TCCB	3			3.67	11.0		
	II	3			3.33	10.0		
	Total	6	10.83	2.31			4.0	.82

Respuestas no comprometidas de evitación	TCCB	3			3.0	9.0		
	II	3			4.0	12.0		
	Total	6	19.16	7.22			3.0	.50
Apoyo dentro de la familia	TCCB	3			3.67	11.00		
	II	3			3.33	10.00		
	Total	6	9.50	3.93			4.0	.82
Religiosidad y espiritualidad	TCCB	3			2.67	8.00		
	II	3			4.33	13.00		
	Total		10.83	3.76			2.0	.27
Apoyo fuera de la familia	TCCB	3			4.00	12.00		
	II	3			3.00	9.00		
	Total	6	5.16	2.85			3.0	.51

En contraste, se halló una diferencia estadísticamente significativa al momento del postest, en relación con las respuestas involuntarias fisiológicas, donde puede observarse que el grupo que recibió TCCB, presentó sintomatología con menor frecuencia que el grupo que recibió II (Tabla 7).

Así, el efecto que tuvo el entrenamiento en relajación autógena, que incide sobre las respuestas fisiológicas y cognitivas de la ansiedad, pudo corroborarse en el momento del postest.

Tabla 7. Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes

Factor	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de	Suma de	U de Mann-	p
--------	----------------------	---	---	----	----------	---------	------------	---

			Rangos	Rangos	Withney	
Conductas de solución de problemas	TCCB	3		3.00	9.00	
	II	3		4.00	12.00	
	Total	6	44.83	15.80		3.00 0.51
Respuestas involuntarias fisiológicas	TCCB	3		2.17	6.50	
	II	3		4.83	14.50	
	Total	6	13.16	5.52		0.50 0.07
Respuestas involuntarias de control cognitivo	TCCB	3		3.67	11.00	
	II	3		3.33	10.00	
	Total	6	10.83	1.94		4.00 0.82
Respuestas no comprometidas de evitación	TCCB	3		3.00	9.00	
	II	3		4.00	12.00	
	Total	6	19.83	7.25		3.00 0.51
Apoyo dentro de la familia	TCCB	3		3.67	3.67	
	II	3		3.33	3.33	
	Total	6	8.66	3.07		4.00 0.82
Religiosidad y espiritualidad	TCCB	3		2.67	2.67	
	II	3		4.33	4.33	
	Total		13.16	4.70		2.00 0.27
Apoyo fuera de la familia	TCCB	3		4.00	4.00	
	II	3		3.00	3.00	
	Total	6	5.83	3.06		3.50 0.65

Ahora bien, se aplicó la prueba "t" de Student para contrastar los puntajes obtenidos en ambos grupos en el MMPI-A (Tabla 8), encontrando en las

escalas clínicas que no hubo diferencias estadísticamente significativas al momento del pretest. En cambio, en el postest se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala de depresión (D), siendo menor la severidad de la sintomatología depresiva en el grupo que recibió TCCB. En contraste, no se encontraron cambios estadísticamente significativos en las demás escalas clínicas que contiene el instrumento.

Tabla 8. Comparación de los puntajes del Pretest y postest de los casos que recibieron TCCB e II, en las escalas clínicas del MMPI-A

Escala	Tipo de intervención	N	Pretest			Postest						
			x	DE	t	g	p	x	DE	t	g	p
Hs	TCCB	3	56.6 6	19.3 9				55.6 6	9.86			
	II	3	55.0 0	5.19				48.3 3	5.13			
	Total	6			0.1 4	4	.8 9			1.1 4	4	.3 3
D	TCCB	3	62.0 0	10.8 1				50.0 0	3.46			
	II	3	60.6 6	5.85				60.0 0	5.19			
	Total	6			0.1 8	4	.8 6			2.7 7	4	.0 5
Hi	TCCB	3	61.6 6	3.51				61.6 6	3.51			
	II	3	63.3 3	6.65				50.6 6	7.57			
	Total	6			- 0.3 8	4	.7 2			2.2 8	4	.1 1

Dp	TCCB	3	46.6 6	9.86			47.6 6	9.60			
	II	3	41.3 3	4.04			40.3 3	1.52			
	Total	6			0.8 6	4	.4 5		1.3 0	4	.3 1
Mf	TCCB	3	50.0 0	5.19			55.0 0	7.54			
	II	3	58.0 0	3.46			53.0 0	5.19			
	Total	6			2.2 1	4	.1 0		0.3 7	4	.7 2
Pa	TCCB	3	59.0 0	5.29			52.3 3	4.04			
	II	3	50.6 6	6.02			46.3 3	5.13			
	Total	6			- 0.5 7	4	.5 9		1.5 9	4	.1 9
Pt	TCCB	3	48.0 0	6.24			46.6 6	8.02			
	II	3	45.0 0	5.56			46.3 3	3.51			
	Total	6			0.6 2	4	.5 6		1.0 2	4	.3 3
Es	TCCB	3	50.3 3	8.38			52.0 0	7.00			
	II	3	49.0 0	2.00			47.3 3	3.21			
	Total	6			0.2 6	4	.8 1		.06	4	.9 5
Ma	TCCB	3	42.0 0	8.88			46.3 3	6.35			

	II	3	46.3 3	6.35				42.0 0	8.88			
	Total	6			-	4	.5 3			1.0 4	4	.3 7
Is	TCCB	3	55.3 3	14.0 4				50.6 6	15.1 3			
	II	3	49.0 0	12.2 8				51.3 3	8.32			
	Total	6			0.5 8	4	.5 8			-.06 4	4	.9 5

En contraparte, si se verificaron diferencias estadísticamente significativas al comparar ambas muestras en el posttest, respecto a la escala de Depresión (D), donde los participantes a los que se les proporcionó la TCCB, mostraron una disminución en los síntomas depresivos, en contraste con los que recibieron la II, que obtuvieron puntuaciones similares al pretest.

Ahora bien, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la totalidad de las escalas de contenido y suplementarias al momento del pretest (Tabla 9). En consecuencia, en las escalas de contenido y suplementarias, los perfiles de los seis participantes fueron similares, como puede corroborarse con las puntuaciones de las medias obtenidas en cada muestra.

Tabla 9. Comparación de puntajes del Pretest y posttest de los casos que recibieron TCCB y II, en las escalas de contenido y suplementarias (MMPI-A)

Factor	Tipo de intervención	N	x	DE	Pretest			Posttest				
					t	g	p	x	DE	t	g	p
Ans	TCCB	3	49.6 6	12.6 6				51.0 0	9.53			

	II	3	43.6	1.52		38.3	6.35		.1
			6			3			3
	Total	6			.84	4	.46		1.1 4
									3
Obs	TCCB	3	48.3	4.16		47.3	12.5		.8
			3			3	0		5
	II	3	40.3	7.02		49.0	7.00		
			3			0			
	Total	6			1.6	4	.18		.20 4 .4
					9				0
Dep	TCCB	3	45.0	10.8		50.0	6.24		
			0	1		0			
	II	3	49.0	5.56		44.0	9.16		
			0			0			
	Total	6			-	4	.60		4 .1
					.56			.93	4
					9				4
Sau	TCCB	3	56.6	16.5		62.3	11.1		
			6	0		3	5		
	II	3	56.6	5.50		48.0	5.00		
			6			0			
	Total	6			.00	4	1.0		2.0 4 .7
							0		3 3
Ena	TCCB	3	51.0	0.00		48.6	4.04		
			0			6			
	II	3	47.3	3.51		49.6	2.30		
			3			6			

	Total				1.65	4	.20		.937	4	.90
IsI	TCCB	3	48.66	14.97				44.33	10.96		
	II	3	43.66	10.21				48.00	14.73		
	Total				.47	4	.66		-	4	.74
									.346		
Iso	TCCB	3	60.33	12.50				52.33	14.64		
	II	3	51.33	13.05				56.33	8.50		
	Total				.86	4	.37		1.91	4	.70
Fam	TCCB	3	50.33	2.88				60.00	5.29		
	II	3	47.33	4.50				48.66	9.45		
	Total				.97	4	.39		-.40	4	.16
Esc	TCCB	3	48.00	3.00				45.33	7.37		
	II	3	45.33	7.37				48.00	3.00		
	Total				.58	4	.60		1.81	4	.60
Rtr	TCCB	3	50.00	10.00				49.66	8.50		
	II	3	47.66	5.85				47.33	6.42		
	Total				.34	4	.74		.37	4	.72
Mac	TCCB	3	14.97	14.97				55.00	10.81		
	II	3	13.00	13.00				52.33	16.25		
	Total				-.14	4	.89		.23	4	.82
Rfa	TCCB	3	45.00	5.00				48.33	2.88		
	II	3	48.66	5.13				44.33	5.13		
	Total				-.88	4	.42		1.17	4	.32

Tabla 9 (Cont.). Comparación de los puntajes del Pretest y postest de los casos que recibieron TCCB y II, en las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A

Factor	Tipo de intervención	N	x	DE	t	gl	p	x	DE	t	gl	p
					Pretest			Postest				
Tfa	TCCB	3	41.00	0.00				44.00	3.60			
	II	3	40.33	9.29				37.33	6.35			
	Total				.12	4	.90			1.58	4	.20
Inm	TCCB	3	48.33	4.72				46.00	3.60			
	II	3	45.33	2.51				47.66	4.50			
	Total				.97	4	.40			-.50	4	.64
A	TCCB	3	46.66	8.62				43.66	7.63			
	II	3	44.66	7.50				42.00	4.00			
	Total				.30	4	.40			.33	4	.76
R	TCCB	3	57.33	9.01				54.66	3.05			
	II	3	55.66	7.09				57.00	9.00			
	Total	6			.25	4	.81			-.42	4	.70

En otro aspecto, en relación con la calidad de vida relacionada con la salud, se contrastaron los puntajes obtenidos en ambos grupos mediante la U de Mann-Withney. Así, en cuanto a la forma general para adolescentes (Tabla 10), no se hallaron diferencias estadísticamente significativas al momento del pretest mediante el contraste de los puntajes obtenidos en los participantes de ambos grupos a través de la prueba de U de Mann-Withney.

Tabla 10. Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para adolescentes.

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de	Suma de	U de Mann-	P
------	----------------------	---	---	----	----------	---------	------------	---

					Rangos	Rangos	Withney
Funcionamiento cognitivo	TCCB	3			4.17	12.50	
	II	3			2.83	8.50	
	Total	6	2.33	1.86			2.5 0.34
Funcionamiento emocional	TCCB	3			2.67	8.00	
	II	3			4.33	13.00	
	Total	6	6.66	3.77			2.0 0.27
Actividad física	TCCB	3			3.17	9.50	
	II	3			3.83	11.50	
	Total	6	5.33	6.02			3.5 0.63

Tabla 10 (Continuación). Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para adolescentes

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Funcionamiento social	TCCB	3			4.33	13.00		
	II	3			2.67	8.00		
	Total	6	1.83	2.04			2.0 0.23	
Funcionamiento escolar	TCCB	3			3.33	10.00		
	II	3			3.67	11.00		
	Total	6	2.00	3.34			4.0 0.79	
Preocupaciones	TCCB	3			2.67	8.00		

	II	3		4.33	13.00		
	Total		2.50	2.16			2.0 0.26
Autocuidado	TCCB	3		2.67	8.00		
	II	3		4.33	13.00		
	Total	6	2.00	2.44			2.0 0.23

Al igual que en la primera medición con los instrumentos psicométricos, en la Tabla 11 se indica el contraste de los casos de ambas intervenciones en el postest, mediante la U de Mann Withney. Los resultados indican que no se confirmó un deterioro significativo en relación con el informe de los adolescentes en relación con las áreas relacionadas con su calidad de vida en general.

Tabla 11. Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para adolescentes

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Funcionamiento cognitivo	TCCB	3			4.67	14.00		
	II	3			2.33	7.00		
	Total	6	4.33	4.08			1.0	0.10
Funcionamiento emocional	TCCB	3			3.00	9.00		
	II	3			4.00	12.00		
	Total	6	7.83	2.71			3.0	0.50

Actividad física	TCCB	3			3.00	9.00		
	II	3			4.00	12.00		
	Total	6	5.6	5.6			3.0	0.5
			6	8				0

Tabla 11 (Continuación). Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para adolescentes

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Funcionamiento social	TCCB	3			4.67	14.00		
	II	3			2.33	7.00		
	Total	6	2.0	1.8			1.0	0.1
			0	9				1
Funcionamiento escolar	TCCB	3			3.67	11.00		
	II	3			3.33	10.00		
	Total	6	3.3	3.7			4.0	0.8
			3	2				1
Preocupaciones	TCCB	3			2.83	8.50		
	II	3			4.17	12.50		
	Total	6	3.3	1.5			2.5	0.3
			3	0				6
Autocuidado	TCCB	3			2.50	7.50		
	II	3			4.50	13.50		
	Total	6	2.3	2.1			1.5	0.1
			3	6				7

En cuanto a la comparación de los puntajes de pretest en ambas intervenciones en la forma general para padres, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el área correspondiente a las molestias, como se observa en la Tabla 12.

Tabla 12. Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para padres.

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Funcionamiento físico	TCCB	3			2.83	8.50		
	II	4			4.88	19.50		
	Total	7	6.71	7.40			2.5	0.21
Molestias	TCCB	3			2.00	6.00		
	II	4			5.50	22.00		
	Total	7	10.00	1.41			0.0	0.03
Funcionamiento emocional	TCCB	3			3.33	10.00		
	II	4			4.50	18.00		
	Total	7	6.71	3.77			4.0	0.46

Tabla 12 (Continuación). Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para padres.

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Funcionamiento escolar	TCCB	3			2.33	7.00		
	II	4			5.25	21.00		
	Total	7	4.28	2.69			1.0	0.06
Funcionamiento social	TCCB	3			3.83	11.50		
	II	4			4.13	16.50		
	Total	7	2.14	2.54			5.5	0.85
Funcionamiento adaptativo	TCCB	3			5.00	15.00		
	II	4			3.25	13.00		
	Total	7	2.42	1.13			3.0	0.18

Es de interés señalar que lograron una disminución notoria en los síntomas relacionados con el malestar emocional y los efectos habituales de los procedimientos invasivos en los participantes que recibieron TCCB, luego de contrastar las puntuaciones mediante la U de Mann Withney.

Ahora bien, se compararon las puntuaciones de ambas muestras en el postest de la forma general para padres (Tabla 13), encontrando diferencias estadísticamente significativas en el Factor "Funcionamiento escolar".

Tabla 13. Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para padres

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Funcionamiento físico	TCCB	4			4.38	17.50		
	II	4			4.63	18.50		
	Total	8	1.37	1.76			7.5	0.87
Molestias	TCCB	4			3.25	13.00		
	II	4			5.75	23.00		
	Total	8	5.25	3.99			3.0	0.14
Funcionamiento emocional	TCCB	4			3.50	14.00		
	II	4			5.50	22.00		
	Total	8	3.75	2.31			4.0	0.24

Tabla 13 (Continuación). Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma general en la versión para padres

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Funcionamiento escolar	TCCB	4			2.63	10.50		
	II	4			6.38	25.50		
	Total	8	2.12	1.55			0.5	0.02

Funcionamiento social	TCCB	4			4.88	19.50		
	II	4			4.13	16.50		
	Total	8	1.1	1.1			6.5	0.6
			2	2				5
Funcionamiento adaptativo	TCCB	4			5.00	20.00		
	II	4			4.00	16.00		
	Total	8	1.7	0.8			6.0	0.5
			5	8				0

Fue notorio que los participantes que recibieron la TCCB tuvieron puntajes cercanos a cero, lo cual indica un mínimo deterioro en relación con la asistencia a la escuela, así como en el aprovechamiento escolar general. Esto concuerda con el informe verbal de los pacientes y los padres.

Respecto a la forma para cáncer en la versión para adolescentes, no se mostraron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la U de Mann-Whitney en las puntuaciones del pretest en ambas muestras, como se observa en la Tabla 14.

Tabla 14. Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para adolescentes

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Dolor	TCCB	3			3.00	9.00		
	II	3			4.00	12.00		
	Total	6	7.83	3.81			3.0	0.50

Ansiedad por procedimientos invasivos	TCCB	3			2.50	7.50		
	II	3			4.50	13.50		
	Total	6	5.33	4.27			1.5	0.18
Ansiedad por tratamientos	TCCB	3			4.50	13.50		
	II	3			2.50	7.50		
	Total	6	0.50	0.83			1.5	0.12
Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Preocupaciones	TCCB	3			2.67	8.00		
	II	3			4.33	13.00		
	Total	6	6.00	2.82			2.0	0.26
Preocupaciones cognitivas	TCCB	3			3.67	11.00		
	II	3			3.33	10.00		
	Total	6	1.83	1.32			4.0	0.81
Apariencia	TCCB	3			4.17	12.50		
	II	3			2.83	8.50		
	Total		1.50	1.97			2.5	0.34
Comunicación	TCCB	3			3.67	11.00		
	II	3			3.33	10.00		
	Total	6	2.16	3.48			4.0	0.79

En la comparación de ambas muestras de los puntajes obtenidos en el postest en la forma para cáncer, específicamente en el reporte de los adolescentes, se hallaron diferencias estadísticamente significativas al aplicar la U de Mann-Withney en el área que mide ansiedad por tratamientos en ambas muestras

(Tabla 15), siendo más notable la disminución en los casos que recibieron la intervención institucional.

Tabla 15. Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para adolescentes

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Dolor	TCCB	3			4.17	12.50		
	II	3			2.83	8.50		
	Total	6	9.00	3.34			2.5	0.37
Ansiedad por procedimientos invasivos	TCCB	3			3.33	10.00		
	II	3			3.67	11.00		
	Total	6	5.33	2.25			4.0	0.82
Ansiedad por tratamientos	TCCB	3			5.00	15.00		
	II	3			2.00	6.00		
	Total	6	1.00	1.26			.00	0.03
Preocupaciones	TCCB	3			4.17	12.50		
	II	3			2.83	8.50		
	Total	6	5.16	2.99			2.5	0.36

Tabla 15 (Continuación). Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para adolescentes

Área	Tipo de	N	x	DE	Media de	Suma de	U de Mann-	P
------	---------	---	---	----	----------	---------	------------	---

	intervención			Rangos	Rangos	Withney
Preocupaciones cognitivas	TCCB	3		4.17	12.50	
	II	3		2.83	8.50	
	Total	6	2.16 1.94			2.5 0.34
Apariencia	TCCB	3		4.33	13.00	
	II	3		2.67	8.00	
	Total		1.50 2.34			2.0 0.24
Comunicación	TCCB	3		3.67	11.00	
	II	3		3.33	10.00	
	Total	6	1.16 1.83			4.0 0.79

Respecto a la forma específica para cáncer, en la versión para padres se aplicó la prueba de U de Mann-Withney. Antes de la intervención, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas respecto a la percepción del deterioro en la calidad de vida en ambas intervenciones, como puede observarse en la Tabla 16.

Tabla 16. Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para padres.

Área	Tipo de intervención	N	X	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Withney	P
Dolor	TCCB	3			3.33	10.00		
	II	4			4.50	18.00		
	Total	7	11.00	5.16			4	0.47

Ansiedad por procedimientos invasivos	TCCB	3			2.83	8.50		
	II	4			4.88	19.50		
	Total	7	6.42	4.19			2.5	0.20
Ansiedad por tratamientos	TCCB	3			2.83	8.50		
	II	4			4.88	19.50		
	Total	7	3.00	3.26			2.5	0.21
Preocupaciones	TCCB	3			3.17	9.50		
	II	4			4.63	18.50		
	Total	7	5.28	4.53			3.5	0.36

Tabla 16 (Continuación). Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para padres.

Área	Tipo de intervención	N	X	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Preocupaciones cognitivas	TCCB	3			4.17	12.50		
	II	4			3.88	15.50		
	Total	7	4.57	4.03			5.5	0.85
Apariencia	TCCB	3			4.67	14.00		
	II	4			3.50	14.00		
	Total	7	4.14	3.07			4.0	0.47
Comunicación	TCCB	3			4.00	12.00		
	II	4			4.00	16.00		

Total	7	2.71	2.98	6	1.00
-------	---	------	------	---	------

Ahora bien, en el postest de la forma específica para cáncer en la versión para padres tampoco se hallaron diferencias estadísticamente significativas en el reporte obtenido en cada una de las modalidades de intervención, como puede observarse en la Tabla 17.

Tabla 17. Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para padres.

Área	Tipo de intervención	N	x	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Dolor	TCCB	4			4.88	19.50		
	II	4			4.13	16.50		
	Total	8	11.12	4.29			6.50	0.66
Ansiedad por procedimientos invasivos	TCCB	4			3.25	13.0		
	II	4			5.75	23.00		
	Total	8	5.75	4.30			3.00	0.14
Ansiedad por tratamientos	TCCB	4			3.63	14.50		
	II	4			5.38	21.50		
	Total	8	2.87	2.74			4.50	0.30
Preocupaciones	TCCB	4			3.63	14.50		
	II	4			5.38	21.50		
	Total	8	5.50	4.20			4.50	0.29
Preocupaciones cognitivas	TCCB	4			4.38	17.50		
	II	4			4.63	18.50		

Total	8	3.87	4.18	7.50	0.88
-------	---	------	------	------	------

Tabla 17 (Continuación). Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB y II, en el Cuestionario de calidad de vida pediátrica, forma específica de cáncer en la versión para padres.

Área	Tipo de intervención	N	X	DE	Media de Rangos	Suma de Rangos	U de Mann-Whitney	P
Apariencia	TCCB	4			5.25	21.00		
	II	4			3.75	15.00		
	Total	8	4.37	4.10			5.00	0.38
Comunicación	TCCB	4			4.25	17.00		
	II	4			4.75	19.00		
	Total	8	2.50	2.92			7.00	0.75

Como se observó claramente en los resultados, estos análisis muestran algunos hallazgos que es importante notar, como es el caso de que no existieron diferencias al momento del pretest, en los instrumentos psicométricos que se usaron y en el grupo que recibió la intervención institucional, existió una tendencia a mantener puntuaciones similares, aún en el postest.

Así mismo, los cambios que tienen significancia estadística se centran principalmente en la depresión, en el control de respuestas fisiológicas relacionadas con la ansiedad, así como en algunos aspectos puntuales de la calidad de vida relacionada con la salud.

Una vez que se ha expuesto los resultados de los análisis estadísticos que tuvieron como propósito comparar los puntajes del pretest y postest, de acuerdo a la forma de intervención recibida, se procederá a hacer el análisis

descriptivo de los indicadores adicionales que se midieron, así como la validez social.

Indicadores adicionales y validez social

La validez social se hizo cuantificando el reporte de indicadores adicionales proporcionados por el padre/madre del participante. Se observó que sólo en un caso con complicaciones médicas y que recibió la intervención institucional, hubo necesidad de recibir atención psicológica posterior (Figura 57).

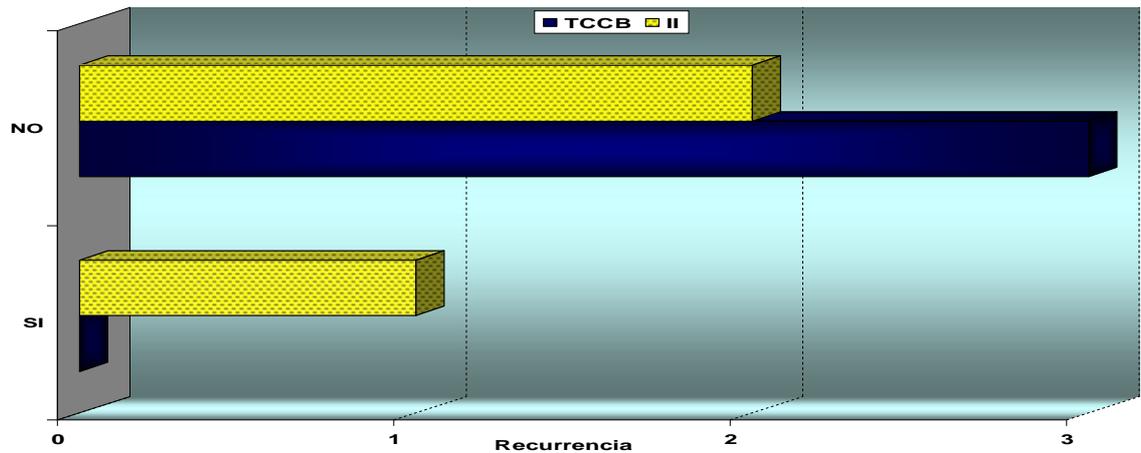


Figura 57. Atención psicológica posterior

Por otra parte, ambos grupos refirieron que se redujeron los síntomas posteriores a la quimioterapia, aunque no desaparecieron, tal como puede mostrarse en la Figura 58. En el reporte verbal de las sesiones de los participantes que recibieron TCCB, la percepción de las sensaciones dolorosas o incómodas se mantuvo, pero al parecer, había cambiado el manejo cognitivo y la reactividad fisiológica, en comparación con lo referido y los registros de frecuencia cardíaca promedio, obtenidos en la línea base.

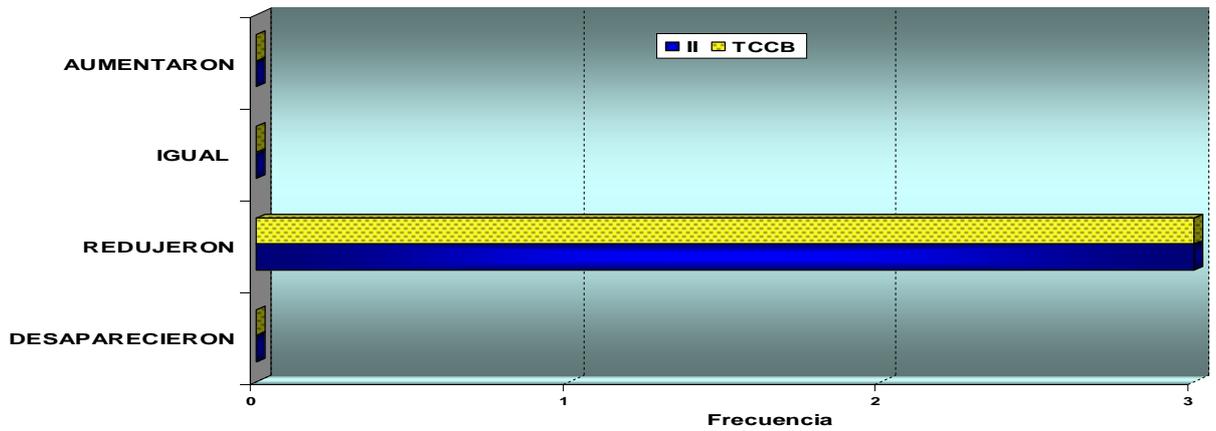


Figura 58. Síntomas secundarios a quimioterapia

En cuanto a los síntomas de ansiedad, la mayoría de los participantes reportaron que desaparecieron los síntomas, excepto en un caso del grupo que recibió la Intervención Institucional, el cual refirió que las molestias se redujeron en el transcurso del tiempo (Figura 59).

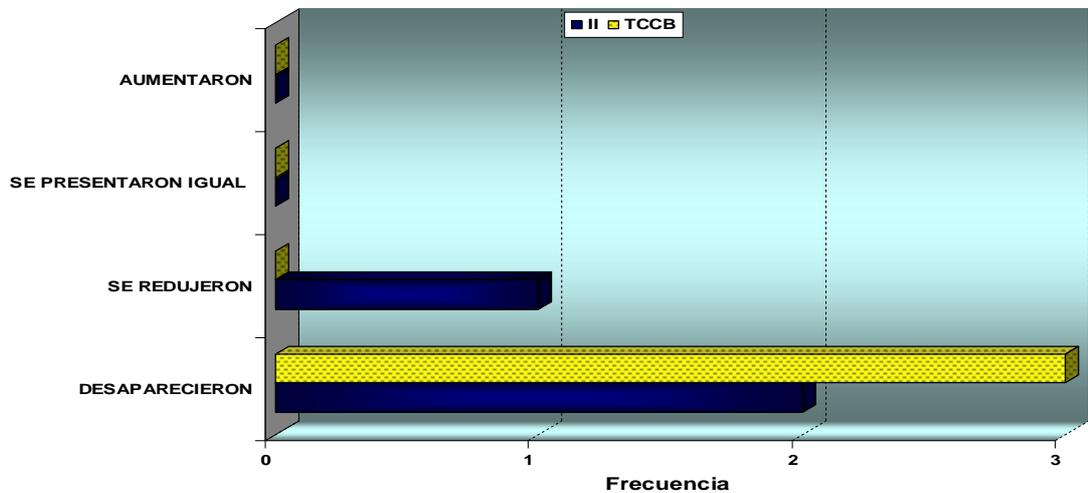


Figura 59. Síntomas de ansiedad posterior a la intervención

Respecto al uso de medicamentos, todos los participantes fueron prescritos con analgésicos y antieméticos por el personal médico de la institución de manera precautoria, es decir, para eliminar los síntomas de dolor y náuseas, antes de que éstos se manifestaran (Figura 60). En cambio, en ninguno de los casos hubo necesidad de prescribir psicofármacos.

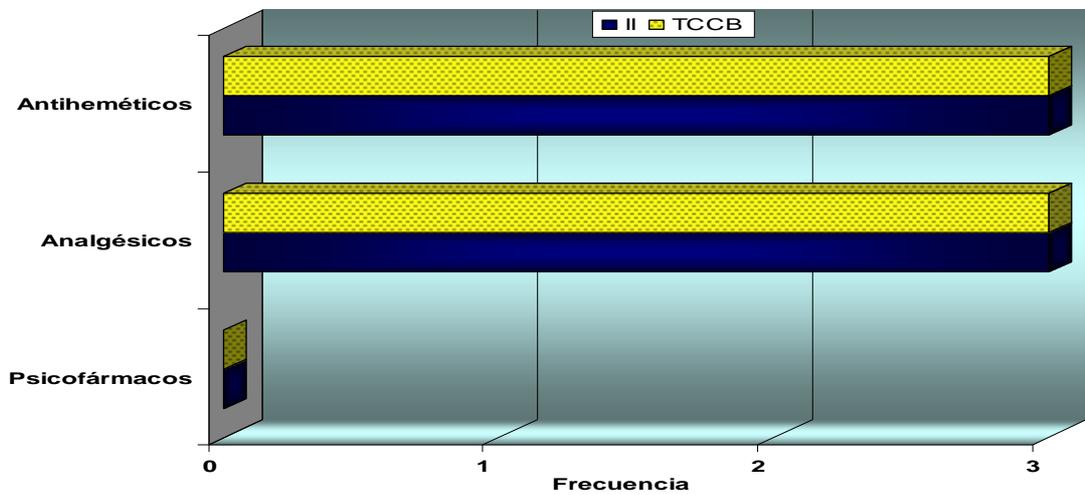


Figura 60. Uso de psicofármacos, analgésicos o antieméticos

Ahora bien, todas las madres informaron que el apoyo psicológico que recibieron fue de mucha utilidad para sus hijos, como se observa en la Figura 61. Aunque, cabe hacer hincapié que se les recordó que las respuestas proporcionadas no afectarían el servicio que la Institución estaba proporcionando, y tenían la finalidad de conocer cuál era su opinión al respecto.

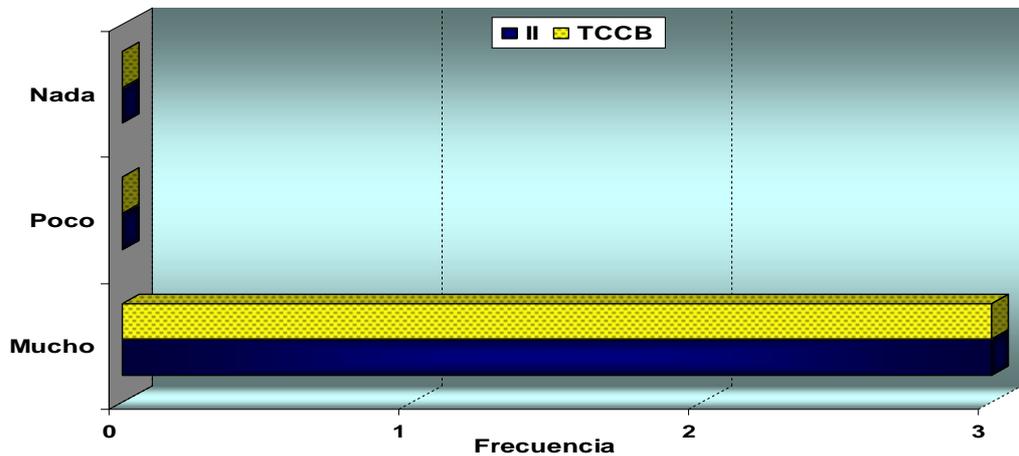


Figura 61. Utilidad del apoyo psicológico percibido

Consideraron que los aspectos que se modificaron en su hijo fueron en ambos grupos: la forma de enfrentar la enfermedad, los cambios en su cuerpo por los medicamentos, el estado de ánimo y estar más al pendiente de acudir a las consultas (Figura 62).

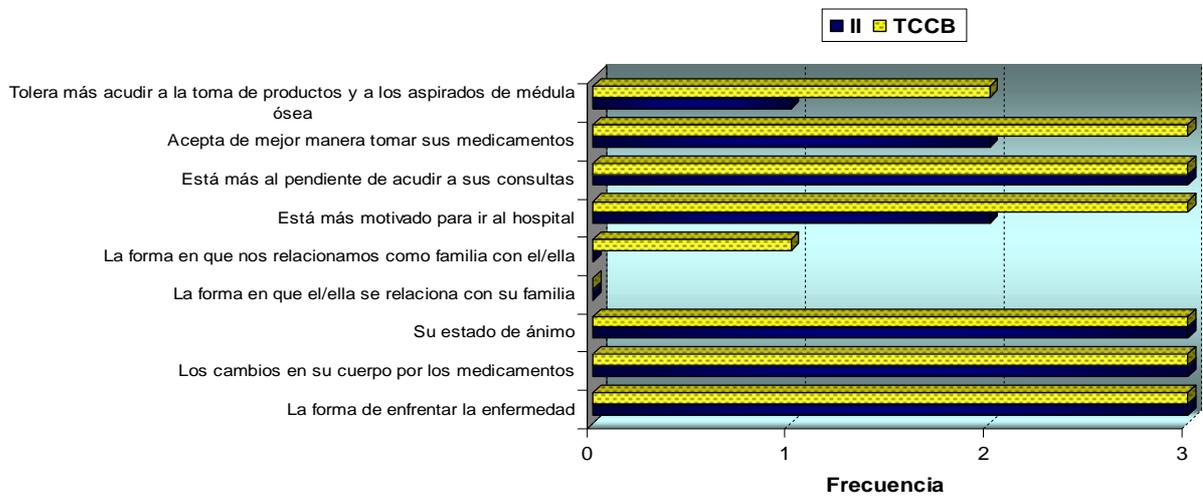


Figura 62. Aspectos que se modificaron en el participante

En cambio, sólo la informante de un participante del grupo con TCCB indicó que se modificó la forma en que se relacionan como familia (Figura 63). En los demás aspectos hay un leve incremento en la aceptación de la ingesta de medicamentos y tolerar mejor los procedimientos invasivos. Por último, en ambos grupos informaron haber estado muy satisfechas con la atención que se les proporcionó.

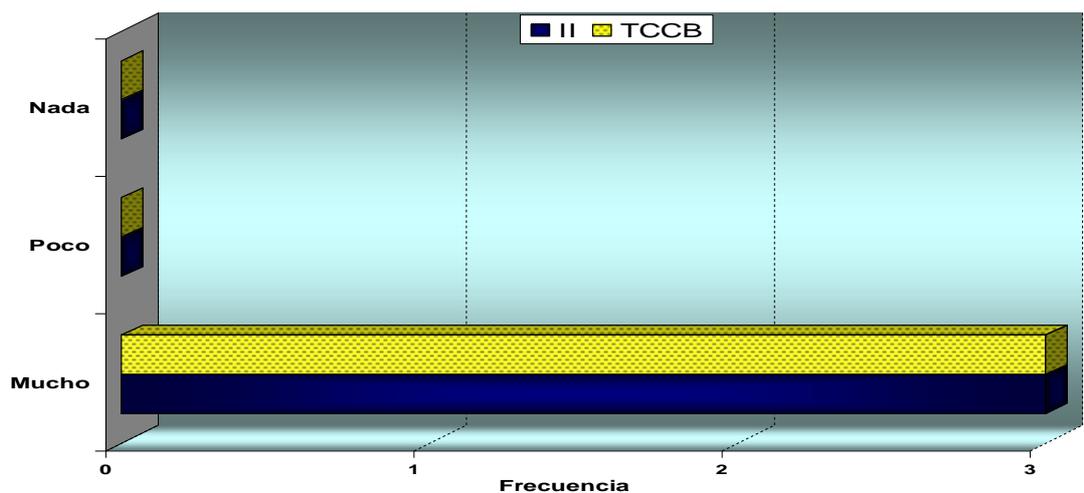


Figura 63. Satisfacción con la atención proporcionada

Como pudo observarse en la medición de indicadores adicionales y la validez social del estudio, en general la totalidad de los informantes refirieron cambios favorables de manera similar. Una vez que se han presentado la descripción de los casos que conformaron el presente trabajo, se discutirán tales hallazgos en el apartado que se muestra a continuación.

CAPITULO 8

Discusión

En relación con los estudios preliminares al presente trabajo, el primero consistió en la construcción del Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes, implicó el proceso de obtener las respuestas de afrontamiento de los reportes escritos de una muestra de adolescentes, hasta probar y obtener las propiedades psicométricas del instrumento. En este sentido, es preciso recalcar la importancia de estar adecuado culturalmente para la población mexicana. Así mismo, una de las bondades del instrumento es que diferencia en las estrategias que suele usar la población más joven, considerando lo que mencionan Kavsek y Krenke (1996), respecto a la forma en que se desarrollan el afrontamiento.

Respecto a la validación del Cuestionario de Calidad de vida, se obtuvieron las propiedades psicométricas de la forma general, las cuales fueron aceptables, aunque la agrupación de los factores en el análisis factorial en la muestra de padres y adolescentes fue distinto al que reportó el autor del instrumento (Varni, 2004; Varni, Burwinkle y Seid, 2006, especialmente en el informe de los adolescentes.

En el estudio principal, se encontraron en el momento de la obtención de la muestra una serie de situaciones diferentes a las planteadas inicialmente, que condujeron al cambio en la metodología propuesta. No obstante, el cambio hacia el estudio de caso controlado permitió observar aspectos valiosos respecto a los datos que arrojaron los instrumentos, y observar aspectos sutiles de la intervención terapéutica, derivados de la información que brindó cada participante en las sesiones de intervención, de manera anecdótica.

Los informes de los pacientes concuerdan con los resultados que mencionan Bauld, Anderson y Arnold (1998) al comparar a los sobrevivientes de leucemia con pares sanos, en el sentido de que mostraron estrategias de afrontamiento similares a los adolescentes de población abierta y en contraste, hubo una

tendencia a usar estrategias de evitación para resolver los problemas a los que se enfrentan durante la adolescencia.

Al respecto, los participantes se ubicaron dentro de los parámetros normales en la mayoría de las variables estudiadas, lo cual en primera instancia podría indicar que existen algunas diferencias importantes por la forma de intervención, las cuales, dadas las condiciones en las que se atendió a los participantes - en el caso de la TCCB, por participación voluntaria y en la Intervención Institucional por referencia del médico -, es viable retomar los hallazgos de las comparaciones entre las dos maneras de intervención a manera de datos antecedentes que muestran los resultados en el usuario. Sin embargo, en el caso específico de la medición de sucesos de vida, los resultados no confirmaron los hallazgos de Eiser, (1990) y Johnson (1986), respecto a una mayor incidencia de sucesos de vida críticos en adolescentes que padecen leucemia, puesto que los perfiles denotaron que se hallaban dentro de la normalidad o por debajo de los valores promedio.

Así mismo, los resultados obtenidos tras la aplicación de la intervención, concuerdan con la amplia literatura que existe en relación con la aplicación de la entrevista motivacional en la promoción de conductas de salud (por ejemplo: Erickson, Gerstle y Feldstein, 2005); otro aspecto fue la disminución de sintomatología ansiosa mediante el entrenamiento en relajación autógena (por ejemplo: Hilderley y Holt, 2004; Goldbeck y Schmid, 2003; Powers, Jones y Jon, 2005; Krampen, 1999; Krampen, 1996; Ehlers, Stangier y Gieler, 1995).

Otro aspecto importante de resaltar es la reducción de sintomatología ansiosa y depresiva tras el entrenamiento en solución de problemas. En este sentido, en la intervención cognitivo conductual breve, dicha estrategia se enfocó en la queja de los participantes, que de forma recurrente fue la afectación percibida en la relación con la familia y en las actividades cotidianas del adolescente. En este sentido, dicho componente coadyuvó a generar estrategias para que pudieran mejorar las relaciones dentro de la familia y negociar con los padres, cambiar su percepción de la enfermedad como fuente de sufrimiento y discapacidad, así como asumir de forma activa su responsabilidad en relación con su salud. Así mismo, se abordaron las preocupaciones de los adolescentes, lo que les permitió generar sus propias estrategias para hallar los medios de enfrentarlos, negociar y adoptar comportamientos más adaptativos, realistas y flexibles. Estos resultados aportan datos para sustentar la utilidad del

entrenamiento en solución de problemas que ya han sido documentados en población adulta con cáncer (Doorenbos, Given, Given, Verbitsky, Cimprich y Mccorkle, 2005; Kerns, Rosenberg y Otis, 2002; Allen, Shah, Nezu, Nezu, Ciambrone, Hogan, y Mor, 2002; Sherwood, Given, Given, Champion, Doorenbos, Azzouz, Kozachik, Wagler-Ziner y Monahan, 2005; Schreuders, van Oppen, van Marwijk, Smit y Stalman, 2005).

En este último aspecto, es necesario enfatizar la utilidad en población adolescente, sin dejar de considerar los problemas metodológicos que implican trabajar con dicha población, como los mencionan Frauenknecht y Black (2004).

En concordancia con Seiffge-Krenke (1998), se pudo verificar que en los adolescentes que presentan una enfermedad crónica hay factores específicos que se relacionan con la conservación de la salud en cada una de las fases del desarrollo individual, por lo que fue primordial promover la adherencia al tratamiento, la cooperación para el cuidado de la salud y el desarrollo de habilidades para afrontar la enfermedad.

Al abordar los problemas de interés para los adolescentes, se coincidió con Thompson y Gustafson (1996), respecto a que la enfermedad física crónica propicia que el individuo se encuentre más vulnerable para regular el ajuste psicológico, en particular en los siguientes ámbitos: a) ajuste emocional y conductual, autoestima; b) ajuste social y relaciones con pares; y, c) ajuste escolar y rendimiento académico.

Los componentes de intervención se ajustaron para considerar lo que Bond y Compas (1989) mencionan cinco probables fuentes de vulnerabilidad en los adolescentes: a) estilos y estrategias de afrontamiento; b) edad o nivel de desarrollo; c) género y características personales relacionadas con el género; d) factores sociales y cognitivos, incluyendo las percepciones de competencia personal; y, e) el estrés y los síntomas experimentados por los miembros de la familia.

Los resultados mostraron que en grado variable, se pudo incidir sobre estos aspectos que pueden aún ser más difíciles de manejar por el adolescente que sufre un padecimiento físico, debido a la alteración del curso habitual de las tareas de desarrollo psicológico. A través de la intervención psicológica, pudieron generar sus propias alternativas para poder adaptarse a las circunstancias y hacer en la medida de lo posible, las actividades cotidianas de

un adolescente sano, para lograr un ajuste adecuado entre los diferentes aspectos que inciden sobre el afrontamiento, mencionados por Moos (2002). De igual manera, coadyuvó a regular sus emociones, las interacciones sociales con pares y la actividad física, que constituyen tareas de desarrollo durante la adolescencia.

Es importante hacer hincapié en el papel que desempeñó el control de las respuestas involuntarias al estrés: fisiológicas, cognitivas y conductuales, que permitieron a los participantes implementar nuevas estrategias, especialmente de tipo cognitivo, para hacer frente a los estresores. En este sentido, los resultados coinciden con los hallazgos de Varni, Waldron, Gragg, Rapoff, Benstein, Linsley y Newcomb (1996), en el sentido de que el replanteamiento cognitivo, es una estrategia de afrontamiento que se asocia con mayor ajuste psicológico ante padecimientos crónicos. De la misma manera, los datos obtenidos concuerdan con Weisz, McCabe y Dening (1994), en el sentido de que el uso de métodos de afrontamiento de control secundario se asocia con un mejor ajuste, en contraste con intentar actuar intentando modificar los estresores.

En otro sentido, la TCCB presentó algunas ventajas, como el caso de corroborar el funcionamiento de la técnica de relajación mediante un parámetro fisiológico, donde se observó claramente la respuesta fisiológica de relajación y le brindó retroalimentación al participante. Esto con los hallazgos de Juhasz, Zsombok, Gonda, Nagyne, Modosne y Bagdy (2007), en el sentido de lograr que los participantes toleraran de manera más efectiva el dolor, cambiar las cogniciones acerca de las molestias físicas y presentar menos sintomatología ansiosa. Así, aunque la percepción de dolor y náusea ante los procedimientos médicos no disminuyó de manera importante, el hecho de que el paciente aprendiera a controlar la intensidad y la frecuencia de los síntomas tras la aplicación de la intervención cognitivo conductual breve, pudo haber coadyuvado a disminuir la recurrencia de la náusea o vómito anticipatorios, que suelen condicionarse con frecuencia luego de la aplicación de quimioterapia y los procedimientos invasivos.

Ahora bien, el hecho de que no haya ocurrido un decremento significativo de las respuestas de afrontamiento disfuncionales, como el caso de la negación y la distracción, probablemente corresponda más al hecho de que ante estos padecimientos crónicos, estas estrategias promuevan la tolerancia y mejor disposición al tratamiento. Por otro lado, como lo consideran Meijera, Sinnemaa, Bijstrab, Mellenberghc y Woltersa (2002), la búsqueda de apoyo

social probablemente promueva el ajuste; en tanto que los síntomas depresivos y la ansiedad podrían relacionarse con el ajuste psicosocial pobre.

Sin embargo, hay que considerar que el presente trabajo tuvo que hacer frente a circunstancias externas que redundaron en problemas metodológicos, los cuales podrían haberse afectado debido a que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y la aplicación de cuestionarios no fue mayor a los tres meses, por lo cual, se estarían considerando los síntomas como parte del proceso de adaptación a la enfermedad, suceso que podría haber afectado el reporte de los participantes.

En otro sentido, en el análisis de resultados fue de mucha utilidad revisar el material grabado de las sesiones, puesto que permitió observar que, aunque de manera cuantitativa las mediciones no mostraron diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención en cada participante, así como entre las modalidades de intervención, se pudo prestar atención al contenido verbal durante las sesiones, que permitió observar en los participantes que recibieron TCCB las modificaciones a nivel cognitivo de las molestias y síntomas, en cuanto a las atribuciones que hacían de ello.

El hecho de que en ambas intervenciones se obtuvieran resultados similares, podría arrojar indicios de que ambas formas de intervención tienen una eficacia similar, al menos a corto plazo. Sin embargo, es importante considerar el tiempo transcurrido entre el diagnóstico médico y la intervención psicológica, donde la intervención de Terapia cognitivo conductual breve se aplicó cuando el paciente presentaba síntomas incipientes, derivados del periodo de adaptación al padecimiento médico. En contraste, los pacientes que recibieron la intervención institucional se encontraban en una estancia hospitalaria prolongada por complicaciones médicas asociadas a la leucemia, con un periodo de estancia mayor, por lo que los objetivos de la intervención estuvieron dirigidos a disminuir los síntomas emocionales que no permitían al adolescente adaptarse a la hospitalización, como la ansiedad anticipatorio generada por los procedimientos invasivos, la permanencia por tiempo prolongado en la Institución, así como los sentimientos negativos asociados al estado de salud.

Un aspecto que merece atender con detenimiento, es que, a pesar de que la muestra con la que se realizó la investigación fue muy reducida, se observó en los tres casos que recibieron TCCB, que la calidad de vida en cuanto al funcionamiento general y los aspectos relacionados con la enfermedad y los procedimientos médicos se mantuvo en niveles de funcionamiento cercano a lo óptimo, muy similares a las puntuaciones que se obtuvieron en la muestra normal en los estudios de validación del instrumento (Villarruel y Lucio, en Prensa).

Ante este hecho, se hace evidente la importancia de verificar los resultados de las intervenciones psicológicas midiendo la calidad de vida en relación con la salud, como una variable indirecta, pero de suma importancia, para verificar el impacto de las intervenciones psicológicas en los adolescentes con cáncer y en otros problemas de salud, a partir de un abordaje que sea bondadoso con la investigación en escenarios clínicos, como la propuesta de Chambless y Hollon (1998), abordando no solo a través de los diseños de grupo, sino a través de los diseños de caso único, como una alternativa viable.

En última instancia, con los hallazgos de esta investigación se puede concluir que las intervenciones psicológicas breves son una alternativa prometedora para mantener el funcionamiento psicosocial del paciente con leucemia que está siendo atendido en la Institución de salud, previniendo el deterioro en la calidad de vida en relación con la salud y brindando estrategias al adolescente enfermo para mantener un funcionamiento psicosocial que le permita adaptarse a la enfermedad de la mejor manera posible y amortiguar el sufrimiento y las secuelas psicosociales que implica el tratamiento médico, independientemente de las variaciones en el diagnóstico, la edad y el tiempo transcurrido del tratamiento, como lo observó Bessell (2001).

A la luz de los hallazgos de este trabajo, se sugiere que el equipo de salud que atiende al paciente se involucre en el manejo interdisciplinario del paciente, con el propósito de mejorar la calidad de vida en general, conceptualizada desde la perspectiva de Spieth y Harris (1996).

En el aspecto Institucional, es de suponerse que la intervención para optimizar el ajuste psicosocial en la fase de adaptación a la enfermedad, podría reducir los costos en tiempo, recursos humanos y materiales, que demandan ser

manejados con la mayor eficacia posible para responder a las necesidades apremiantes de la población que atienden las Instituciones de Salud.

Ahora bien, como en la mayoría de los estudios realizados con esta población existieron limitaciones en cuanto a la programación exacta de los intervalos de atención, que se dependía del estado físicos del paciente, ocurriendo variaciones entre siete y 15 días entre cada una de las sesiones. Estas limitaciones suelen ser frecuentes en las investigaciones realizadas en escenarios clínicos, como lo han discutido Weisz y Hawley (1998), por lo que difícilmente pueden cubrir los lineamientos estipulados para probar la evidencia empíricaa propuestos por la Fuerza de tarea para la promoción y disseminación de los procedimientos psicológicos de la Asociación Psicológica Americana (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006; Chambless y Ollendick, 2001).

Así mismo, en concordancia con los reportes de otras investigaciones (por ejemplo: Valencia, 2007), se careció de seguimiento, en parte debido a las dificultades para que los participantes aceptaran acudir en cuanto se reintegraran a la escuela, o en el caso de los foráneos, debido a que no se pudo coincidir con las fechas en las que acudían a recibir atención periódica.

Otro aspecto a considerar es que, si bien se trató de usar instrumentos con propiedades psicométricas adecuadas para la población de estudio, es necesario continuar trabajando en la elaboración de otros instrumentos apropiados para el padecimiento específico, a través de la medición de muestras clínicas, para poder detectar y medir aspectos sutiles de la misma sintomatología que podrían considerarse variables relacionadas con el ajuste psicosocial ante este padecimiento crónico, aspectos que ya fueron abordados por Patenaude y Kupst (2005).

Ahora bien, respecto a los indicadores adicionales y la validez social de la intervención, los reportes indican que la aplicación de la intervención de TCCB les permitió tener un mejor manejo de los síntomas, un mejor funcionamiento psicosocial, personal, personal, social y de interacción con la familia, la escuela y los pares. Así mismo, los participantes que recibieron TCCB se mostraron con más motivaciones para proseguir con los tratamientos médicos, cambiar sus

percepciones acerca del sufrimiento derivado de los procedimientos invasivos, el tratamiento médico, así como los efectos secundarios del tratamiento.

Aunque el uso del diseño mixto no estuvo contemplado en este trabajo, ante los hallazgos que brindaron los contenidos de las sesiones de intervención, es importante considerar para estudios posteriores el uso de diseños mixtos de investigación, que permitan el uso de métodos cuantitativos para determinar la eficacia y efectividad de las intervenciones, especialmente cuando se requiera intervenir en los escenarios clínicos, dada la dificultad para establecer controles rigurosos. Lo anterior coincide con los señalamientos indicados por Patenaude y Kupst (2005), para indagar las particularidades de los fenómenos psicológicos en estos pacientes, con los que la metodología cuantitativa arroja resultados que no son estadísticamente significativos y por otro lado, medir la significancia clínica. En este sentido, los datos aportados tienen la valía de considerarse elementos previos para diseñar un modelo de atención escalonado, que cuente con datos empíricos acerca de cómo funcionan y en qué casos específicos son más útiles diversas intervenciones, tanto para el profesional de la psicología, como para el usuario del servicio.

Considerando todo lo anterior, se sugiere corroborar los hallazgos de esta investigación en estudios posteriores, aumentando la cantidad de réplicas y tratando de medir los aspectos ambientales que podrían estar afectando los resultados. Así mismo, se sugiere utilizar metodologías cualitativas para analizar en particular los datos derivados de la revisión de las sesiones grabadas, contrastarlos con los datos cualitativos y de esta manera, reconocer los datos de la significancia clínica en cada componente de la intervención y las áreas de relación del sujeto en las que incide.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M. (1990). Conceptualization of developmental psychopathology. En: *Handbook of developmental psychopathology*. 2a Ed. Sameroff, A. J., Lewis, M, y Miller, S. M. Eds. New York: Kluwer Academic/Plenum.
- Allen, R., Newman, S.P. y Souhami, R.L. (1997). Anxiety and depression in adolescent cancer: findings in patients and parents at the time of diagnosis. *European Journal of Cancer*, 33(8), 1250-1255.
- Allen, S.M., Shah, A.C., Nezu, A.M., Nezu, C.M., Ciambone, D., Hogan, J. & Mor, V. (2002). A problem-solving approach to stress reduction among younger women with breast carcinoma: a randomized controlled trial. *Cancer*, 94(12), 3089-100.
- American Psychological Association presidential task force on evidence based practice. (2006). Evidence-based practice in Psychology. *American psychologist*, 61(4), 271-285.
- Archer, R. P. (1997). *MMPI-A: Assessing Adolescent Psychopathology* (2a Ed.). Nueva York: Taylor & Francis.
- Band, E.B., y Weisz, J.R. (1988). How to feel better when it feels bad: Children's perspectives on coping with everyday stress. *Developmental Psychology*, 24, 247–253.
- Barlow, D. H. (2002). *Anxiety and its disorders* 2^a Ed. New York: Guilford Press.
- Barrera, M., Wayland, L., D'Agostino, N., Gibson, J., Weksberg, R. y Malkin, D. (2003). Developmental differences in psychological adjustment and health-related quality of life in pediatric cancer patients. *Children's Health Care*, 32(3), 215–232.
- Bastiaansen, D., Koot, H., Bongers, I., Varni, J. y Verhulst, F. (2004). Measuring quality of life in children referred for psychiatric problems: Psychometric properties of the PedsQLTM 4.0 generic core scales. *Quality of Life Research*, 13, 489–495
- Bauld, C., Anderson, V. y Arnold, J. (1998). Psychological aspects of adolescent cancer survival. *Journal of Pediatric Child hHealth*, 34, 120-126.
- Bessell, A. G. (2001). Children Surviving Cancer: Psychosocial Adjustment, Quality of Life, and School Experiences. *Exceptional Children*, 67(3), 345-359.

- Bond, L. y Compas, B. (1989). (Eds.). *Primary prevention and promotion in the schools*. Newbury Park: Sage.
- Bond, F. W. y Dryden, W. (2002). *Handbook of brief cognitive behaviour therapy*. West Sussex: John Wiley and Sons.
- Butler, R.W., Rizzi, L.P. y Bandilla, E.B. (1999). The effects of childhood cancer and its treatment on two objective measures of psychological functioning. *Children's Health Care*, 28(4), 311-328.
- Caprilli, S., Robiglio, A., Scollo Abeti, M. y Teodori, C. (2004). Psychological interventions for pain in children and adolescents with cancer: a narrative review. *The suffering child*, 7, 1-17.
- Çavusoglu, H. (2000). Problems related to diagnosis and treatment of adolescents with leukemia. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 23(1), 15-26.
- Chambless, D. L. y Hollon, S. D. (1998). Defining empirically supported therapies. *Journal of consulting and clinical psychology*, 66(1), 7-18.
- Chambless, D. L. y Ollendick, T.H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of psychology*, 52, 685-716.
- Channon, S., Smith, V. J. y Gregory, J. W. (2003). A pilot study of motivational interviewing in adolescents with diabetes. *Archives of disease child*, 88, 680-683. Recuperado de: adc.bmjournals.com el 23 de febrero de 2006.
- Coleman, J.C. (1993). Adolescence in a changing world. En Jackson, S. y Rodríguez-Tomé, H. *Adolescence and its social World*. Sussex, Reino Unido: Lawrence Erlbaum.
- Compas, B. (1998). An agenda for coping research and theory: basic and applied developmental issues. *International Journal of Behavioral Development*, 22 (2), 231-237.
- Compas, B.E. (1987). Coping with stress during childhood and adolescence. *Psychological Bulletin*, 101, 393-403.
- Compas, B.E. (1987). Stress and life events during childhood and adolescence. *Clinical Psychology Review*, 7, 275-302.
- Compas, B.E., Davis, G.E., Forsythe, C.J., y Wagner, B.M. (1987). Assessment of major and daily stressful events during adolescence: The Adolescent Perceived Events Scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 534-541.

- Compas, B.E., Forsythe, C.J., y Wagner, B.M. (1988). Consistency and variability in causal attributions and coping with stress. *Cognitive Therapy and Research*, 12, 305-320.
- Compas, B. E., Howell, D. C., Phares, V., Williams, R. A. and Giunta, C. T. (1989). Risk factors for emotional/behavioral problems in young adolescents: a prospective analysis of adolescent and parental stress and symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 732–740.
- Compas, B.E., Howell, D.C., Phares, V., Williams, R. y Ledoux, N. (1989). Parent and child stress and symptoms: An integrative analysis. *Developmental Psychology*, 25, 550-59.
- Compas, B.E., Malcarne, V.L., y Fondacaro, K.M. (1988). Coping with stress in older children and young adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 405–411.
- Compas, B.E., Slavin, L.A., Wagner, B.M., y Vannatta, K. (1986). Relationship of life events and social support with psychological dysfunction among adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 203-219.
- Compas, B.E., Wagner, B.M., Slavin, L.A., y Vannatta, K. (1986). A prospective study of life events, social support, and psychological symptomatology during the transition from high school to college. *American Journal of Community Psychology*, 14, 241-257.
- Compas, B.E., Worsham, N.L., Ey, S., y Howell, D.C. (1996). When mom or dad has cancer: II. Coping, cognitive appraisals, and psychological distress in children of cancer patients. *Health Psychology*, 15, 167–175.
- Connor-Smith, J. K. y Compas, B. E. (2004). Coping as a moderator of relations between reactivity to interpersonal stress, health status, and internalizing problems. *Cognitive therapy and Research*, 38, 347-368.
- Connor-Smith, J. K. y Compas, B. E. (2003). Analogue Measures of DSM-IV Mood and Anxiety Disorders Based on Behavior Checklists. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 25 (1), pp. 37-48.
- Connor-Smith, J.K., Compas, B.E., Wadsworth, M.E., Thomsen, A.H., y Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary responses to stress. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976-992.
- Crnic, K. A. y Greenberg, M.T. (1990). Minor parenting stress with young children. *Child Development*, 61, 1628-1637.

- Davis, G.E. y Compas, B.E. (1986). Cognitive appraisal of major and daily stressful events during adolescence: A multidimensional scaling analysis. *Journal of Youth and Adolescence*, 15, 377- 388.
- Davis, M., Quittner, A., Stack, C. y Yang, M. (2004). Controlled evaluation of the STARBRIGHT CD-ROM program for children and adolescents with cystic fibrosis. *Journal of Pediatric Psychology*, 29(4), 259–267.
- Doorenbos, A., Given, B., Given, C., Verbitsky, N., Cimprich, B. y Mccorkle, R. (2005). Reducing symptom limitations: A cognitive behavioral intervention randomized trial. *Psycho-Oncology*, 14, 574–584.
- Ebata, A.T., y Moos, R.H. (1991). Coping and adjustment in distressed and healthy adolescents. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 12, 33–54.
- Eccleston, C., Crombez, G., Scotford, A., Clinch, J., y Connell, H. (2004). Adolescent chronic pain: patterns and predictors of emotional distress in adolescent with chronic pain and their parents. *Pain*, 108, 221–229.
- Ehlers, A., Stangier, U. y Gieler, U.V. (1995). Treatment of atopic dermatitis: A comparison of psychological and dermatological approaches to relapse prevention. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 624-635.
- Eiser, C. (1990). *Chronic Childhood disease*. New York: Cambridge Press.
- Epping-Jordan, J.E., Compas, B.E., y Howell, D.C. (1994). Predictors of cancer progression in young adult men and women: Avoidance, intrusive thoughts, and psychological symptoms. *Health Psychology*, 13, 539–547.
- Erickson, S. J., Gerstle, M. y Feldstein, S. W. (2005). Brief interventions and motivational interviewing with children, adolescents, and their parents in pediatric health care settings. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 159, 1173-1180.
- Fawzy F, Fawzy N, Arndt L, y Pasnau R. (1995). Critical review of psychosocial interventions in cancer care. *Archives of General Psychiatry*, 52, 100–113.
- Folkman, S., y Lazarus, R.S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality y Social Psychology*, 54, 466–475.
- Frauenknecht, M. y Black, D. R. (2004) Problem solving training for children and adolescents. En: *Social problem solving*. Chang, E.C., D’Zurilla, T.J. y Sanna, L.J. (Eds.). Washington: American Psychological Association.

- Freedman, R. R., Ianni, P. y Wenig, P. (1983). Behavioral treatment of Raynaud's disease. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 539-549.
- Frydenberg, E. (Ed.). (1999). *Learning to cope. Developing as a person in a complex society*. Oxford: Oxford University Press.
- Frydenberg, E. (1997). *Adolescent coping*. London: Routledge.
- Frydenberg, E. y Lewis, R. (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes*. TEA: Madrid.
- Gatta, G., Capocacciab, R., De Angelisb, R., Stillerc, C., Coeberghd, J.W. y EUROCARE Working Group. (2003). Cancer survival in European adolescents and young adults. *European Journal of Cancer*, 39, 2600-2610.
- Gerharz, E.W., Eiser, C. y Woodhouse, C. (2003). Current approaches to assessing the quality of life in children and adolescents. *British Journal of Urology*, 91, 150-154.
- Gillham, J.E., Reivich, K. J., Jaycox, L. H., y Seligman, M. E. P. (1995). Prevention of depressive symptoms in school children: two year follow up. *Psychological Science*, 6(6), 343-351.
- Goldbeck, L. y Schmid, K. (2003). Effectiveness of autogenic relaxation training on children and adolescents with behavioral and emotional problems. *Journal of the American Academy of Child y Adolescent Psychiatry*, 42(9), 1046-1054.
- Gómez, H. L. (2008). Resiliencia en adolescentes que se identifican con tribus urbanas. Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.
- González, A., Rizo, P., Días, S., Álvarez, P., Lombardo, E., López, M., Chico, P., Solórzano, E. y Ortega, E. (2005). Registro hospitalario de cáncer. *Acta Pediátrica de México*, 26(2), 28-36.
- González-Forteza, C., Villatoro, J., Pick, S. y Collado, M. E. (1998). El estrés psicosocial y su relación con las respuestas de enfrentamiento y el malestar emocional en una muestra representativa de adolescentes del sur de la Ciudad de México: Análisis según su nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 21(2), 37-45.
- Gore, S. y Aseltine, R. H. (1995). Protective processes in adolescence: matching stressors with social resources. *American Journal of Community Psychology*, 23, 301-327.

- Hettema, J., Steele, J. y Miller W. R. (2005). Motivational Interviewing. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 91–111. Recuperado el 4 de diciembre de 2005.
- Hokkanen, H., Eriksson, E., Ahonen, O., y Salanterä, S. (2004). Adolescents With Cancer: Experience of Life and how it Could be Made Easier. *Cancer Nursing*, 27(4), 325-335.
- Holmbeck, G. N. y Shapera, W. (1999). Research methods in adolescents. En: Kendall, Butcher y Holmbeck, Eds. Handbook of research methods in clinical psychology. New York: Wiley.
- Houtzager, B. A., Grootenhuis, M. A., Hoekstra-Weebers, J. E., Caron, H.N. y Last, B.F. (2003). Psychosocial functioning in siblings of paediatric cancer patients one to six months after diagnosis. *European Journal of Cancer*, 39, 1423-1432.
- Jaycox, L.H., Reivich, K.J., Gillham, J. y Seligman, M.E.P. (1994). Prevention of depressive symptoms in school children. *Behavior Research and Therapy*, 32, 801–816.
- Johnson, J.H. (1986). *Life events as stressors in childhood and adolescence*. Beverly Hills, California: Sage.
- Johnson, M. O., Elliott, R., Neilands, T. B., Morin, S. F. y Chesney, M. A. (2006). [A social problem-solving model of adherence to HIV medications](#). *Health Psychology*, 25(3), 355-363.
- Juhasz, G., Zsombok, T., Gonda, X., Nagyne, N., Modosne, E. y Bagdy, G. (2007). Effects of autogenic training on nitroglycerin-induced headaches. *Headache*, 47, 371-383.
- Kanji, N., White, A. y Ernst, E. (2004a). Autogenic training to reduce anxiety in nursing students: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 53(6), 729–73.
- Kanji, N., White, A. y Ernst, E. (2004b). Autogenic training reduces anxiety after coronary angioplasty: A randomized clinical trial. *American Heart Journal*. 147(3), K1-K4.
- Kanji, N., White, A. y Ernst, E. (2003). Autogenic training for tension type headaches: A systematic review of controlled trials. *Complementary Therapies in Medicine*, 14(2), 144 - 150.
- Kardum, I. y Krapic, N. (2002). Personality traits, stressful life events, and coping styles in early adolescence. *Personality and Individual Differences*, 30, 503-515.

- Kavsek, M. y Seiffge-Krenke, I. (1996). The differentiation of coping traits in adolescence. *International Journal of Behavioral Development*, 19(3), 651-668.
- Kazak, A. E. (2005). Evidence-based interventions for survivors of childhood cancer and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 29-39.
- Kazak, A.E., Bakarath, L.P., Meeske, K., Christakis, D., Meadows, A.T., Casey, R., et al. (1997). Posttraumatic stress, family functioning, and social support in survivors of childhood leukemia and their mothers and fathers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(1), 120-129.
- Kazak, A. E., Boyer, B. A., Brophy, P., Johnson, K., Scher, Ch. D., Covelman, K. y Scott, S. (1995). Parental perceptions of procedure-related distress and family adaptation in childhood leukemia. *Children's Health Care*, 24(3), 143-158.
- Kazak, A. E., Simms, S. y Rourke, M. T. (2002). Family systems practice in pediatric psychology. *Journal of pediatric psychology*, 27(2), 133-143.
- Kendall, P. C., Butcher, J. N. y Holmbeck, G. N. (Eds.). (1999). *Handbook of research methods in clinical psychology*. Nueva York: John Wiley & Sons.
- Kendall, P.C., Flannery-Schroeder, E., Panichelli-Mindel, S.M., Southam-Gerow, M., Henin, A., y Warman, M. (1997). Therapy for youths with anxiety disorders: A second randomized trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 366-380.
- Kerns, R.D., Rosenberg, R. y Otis, J.D. (2002). Self-appraised problem solving and pain-relevant social support as predictors of the experience of chronic pain. [*Annals of Behavioral Medicine*](#), 24(2), 100-105.
- Krampen, G. (1999). [Long-term evaluation of the effectiveness of additional autogenic training in the psychotherapy of depressive disorders.](#) *European Psychologist*, 4(1), 11-18.
- Krampen, G. (1996). Evaluation of the effectiveness of autogenic training in gerontopsychology. *European Psychologist*, 1(4), 243-254.
- Krampen, G. y von Eye, A. (2006). Treatment motives as a predictors of adquisition and transfer of relaxation methods to every day life. *Journal of clinical psychology*, 62, 83-96.
- L Horne, D.J. y Vatmanidis, P. (1994). Preparing patients to medical and surgical procedures 1. *Behavioral Medicine*, 20(1), 5-22.
- Labbé, E. L. y Williamson, D. A. (1984). Treatment of childhood migraine using autogenic feedback training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 968-976.

- Last, B. F., Grootenhuis, M. A. y Eiser, C. (2005). International Comparison of Contributions to Psychosocial Research on Survivors of Childhood Cancer: Past and Future Considerations. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 99-113.
- Lazarus, R. S. (2003). Does the Positive Psychology Movement Have Legs? *Psychological Inquiry*, 14(2), 93-109.
- Lazarus, R. S. (1999a). Hope an emotion and a vital coping resource against despair. *Social Research*, 66(2), 653-678.
- Lazarus, R. S. (1999b). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and adaptation*. New York: Oxford University Press.
- Linder, L. A. (2005). Measuring physical symptoms in children and Adolescents with cancer. *Cancer Nursing*; 28(1), 16-26.
- Litt, M. D., Nye, C. y Shafer, D. (1993). Coping with oral surgery by self-efficacy enhancement and perceptions of control. *Journal of Dental Research*, 72, 1237-1243.
- Lucio, E., Ampudia, A. y Durán, C. (1998). MMPI-A. *Manual para la administración y calificación*. Adaptación al español para México. México: Manual Moderno.
- Lucio, E. y Durán, C. (2003). Propiedades Psicométricas del Cuestionario de Suceso de Vida del Adolescente. *Revista mexicana de Psicología*, 20(2), 211-223.
- Lucio, E. y Hernández, Q. (Manuscrito no publicado). La aplicación del MMPI-A en una muestra de adolescentes de 13 años.
- Lucio, E., León, I., Durán, C., Bravo, E. y Velasco, E. (2001). Los sucesos de vida en dos grupos de adolescentes de diferente nivel socioeconómico. *Salud Mental*, 24(5), 17-24.
- Lucio G., E. y Villarruel, B. (2008). Assessment of coping in adolescents: considerations for developing coping questionnaires for teenagers En: *Stress and Anxiety – Application to Life Span Development and Health Promotion*. Buchwald, P., Ringeisen, T. y Eysenck, M. (Eds). Berlin: Logos Verlag.

- McGrath, P. J. (1999). Clinical Psychology Issues in Migraine Headaches. *The canadian journal of neurological sciences*, 26, 18-27.
- McGrath, P. (1999). Findings from an Educational Support Course for Patients with Leukemia. *Cancer Practice*, 7(4), 198-204.
- Meijera, S. A., Sinnemaa, G., Bijstrab, J.O., Mellenberghc, G.J. y Woltersa, W. H. G. (2002). Coping styles and locus of control as predictors for psychological adjustment of adolescents with a chronic illness. *Social Science and Medicine*, 54, 1453–1461.
- Miller, V. A., Drotar, D., Burant, C. y Kodish, E. (2005). Clinician–Parent Communication during Informed Consent for Pediatric Leukemia Trials. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(3), 219-229.
- Miller, W.R. y Rollnick, S. (1999). *La entrevista motivacional*. Barcelona: Paidós.
- Mitania, S., Fujitab, M., Sakamotob, S. y Shirokawa, T. (2006). Effect of autogenic training on cardiac autonomic nervous activity in high-risk fire service workers for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, 60(5), 439-444.
- Moorthy, L., Harrison, M., Peterson, M., Onel. K. y Lehman, T. (2005). Relationship of quality of life and physical function measures with disease activity in children with systemic lupus erythematosus. *Lupus*, 14, 280–287.
- Morris, J.A.B., Blount, R.L., Cohen, L.C., Frank, N.C., Madan-Swain, A. y Brown, R.T. (1997). Family functioning and behavioural adjustment in children with leukaemia and their healthy peers. *Children's Health Care*, 26(2), 61-75.
- Moos, R. (2002). Life stressors, social resources, and coping skills in youth: applications to adolescents with chronic disorders. *Journal of Adolescent Health*; 30 (Supl), 22–29.
- Murakami, M., Koike, K., Ashihara, M., Matsuno, T., Tazoe, M. y Katsura, T. (2006). Recent advance of autogenic training in clinical practice of psychosomatic medicine in Japan. En: Psychosomatic Medicine - Proceedings of the 18th World Congress on Psychosomatic Medicine, held in Kobe, Japan, between 21 and 26 August 2005. [*International Congress Series*](#), 1287, 240-245.
- National Cancer Institute. (Ct). Leucemia Linfoblástica Aguda Infantil (PDQ): Tratamiento. (s.f.). *Información general*. Recuperado el 5 de Noviembre de 2004, de <http://www.nci.nih.gov/espanol/pdq/tratamiento/leucemia-linfoblastica-infantil/HealthProfessional/page1>

- Nezu, A. M. (1986). Cognitive appraisal of problem solving effectiveness: relation to depression and depressive symptoms. *Journal of clinical psychology*, 42(1), 42-48.
- Nezu, A. M.; Nezu, C. M.; Felgoise, S. H.; McClure, K. S.; Houts, P. S. (2003). [Project genesis: assessing the efficacy of problem-solving therapy for distressed adult cancer patients](#). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 1036-1048.
- Nezu, A.M., Nezu, C. M., Friedman, S., Faddis, S. y Houts, P. (1999). *Helping cancer patients cope*. Washington: American Psychological Association.
- Norberg, A. L., Lindblad, F. y Boman, K. K. (2005). Coping strategies in parents of children with cancer. *Social Science y Medicine*, 60, 965-975.
- Padilla, G. y Ropka, M. E. (2005). Quality of life and chemotherapy-induced neutropenia. *Cancer Nursing*, 28(3), 167-171.
- Patenaude, A. F. y Kupst, M. J. (2005). Psychosocial functioning in pediatric cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1), 9-27.
- [Penninx, B. W.](#), [van Tilburg, T.](#), [Boeke, A. J.](#), [Deeg D.J.](#), [Kriegsman, D. M.](#), [van Eijk, J. T.](#) (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: different for various chronic diseases? [Health Psychology](#), 17(6), 551-558.
- Pérez y Farías, J. M., Durán, C. y Lucio, M. E. (2003). Un estudio sobre la estabilidad temporal del MMPI-A con un diseño test-retest en estudiantes mexicanos. *Salud Mental*, 26(2), 59-66.
- Peterson, C., Maier, S. y Seligman, M. (1993). *Learned helplessness*. New York: Oxford Press.
- Plass, A. y Kochb, U. (2005). Participation of oncological outpatients in psychosocial support. *Psycho-Oncology*, 10, 511-520.
- Powers, S.W., Jones, J. S. y Jon, B.A. (2005). Behavioral and cognitive-behavioral interventions with pediatric populations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 10(1), 65-77.
- Prochaska, J. O. y DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Raviv, A. Keinan, G. y Abazon, Y. (1990). Moving as a stressful life event for adolescents. *Journal of community psychology*, 18, 130-140.

- Redaellia, A., Stephensb, J., Brandt, S., Bottemanb, M. y Pashosc, C. (2004). Short and long-term effects of acute myeloid leukemia on patient health-related quality of life. *Cancer Treatment Reviews*, 30, 103–117.
- Ritz, T. (2001). Relaxation therapy in adult Asthma: Is there new evidence for its effectiveness? *Behavior Modification*, 25(4), 640-666.
- Robinson, R.F., Nahata, M. C., Hayes, J. R., Rennebohm, R. y Higgins, G. (2003). Quality-of-life measurements in juvenile rheumatoid arthritis patients treated with etanercept. *Clinical Drugs Investigation*, 23(8), 511-518.
- Rocha-García, A., Álvarez del Rio, A., Hernández-Peña, P., Del Carmen Martínez-García, M., Marín-Palomares, T; Lazcano-Ponce, E. (2003). The emotional response of families to children with leukaemia at the lower socio-economic level in central Mexico: A preliminary report. *Psycho-Oncology*, 12(1), 78-90.
- Ruiz G. J. (2001). *Fundamentos de Hematología*. México: Médica Panamericana.
- Salas, M. (1988). *Neoplasias malignas en los niños*. México: Interamericana McGraw-Hill.
- Salas, M., Gabaldón, O., Mayoral, J. L., Guerrero, R. y Amayra, I. (2003). Intervención psicológica para el afrontamiento de procedimientos invasivos en pediatría oncológica. *Annales de Pédiatrie*, 59(1), 105-109.
- Schreuders, B, van Oppen, P., van Marwijk, H.W.J., Smit, J.H. y Stalman, W.A.B. (2005). Frequent attenders in general practice: problem solving treatment provided by nurses. *BMC Family Practice*, 6(42), 1-7.
- Schultz, J. H. y Luthe, W. (1969). *Authogenic therapy. Vol 1: Authogenic methods*. Nueva York: Grune & Stratton.
- Segal, Z., Williams, J. y Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: a new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seid, M., Vani, J., Cummings, L. y Schonlau, M. (2006). The impact of realized access to care on health-related Quality of life: a two-year prospective cohort study of Children in the California state children's Health insurance program. *The journal of pediatrics*, 149, 354-61.
- Seiffge-Krenke, I. (2001). *Diabetic adolescents and their families*. New York: Cambridge University Press.
- Seiffge-Krenke, I. (2000). Causal links between stressful events, coping style, and adolescent symptomatology. *Journal of Adolescence*, 23, 675–691.

- Seiffge-Krenke, I. (1998). *Adolescents' health*. New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Seiffge-Krenke, I. (1993). Coping behavior in normal and clinical samples: more similarities than differences? *Journal of adolescence*, 16, 285-303.
- Seiffge-Krenke, I. (1992). Coping behaviour of finish adolescents; Remarks on a cross-cultural comparison. *Scandinavian Journal of Psychology*, 33, 301-314.
- Seiffge-Krenke, I. y Klessinger, N. (2000). Long term effects of avoidant coping on adolescents' depressive symptoms. *Journal of Youth and Adolescence*, 6, 617-630.
- Seiffge-Krenke, I. y Shulman, S. (1990). Coping style in adolescence: A cross-cultural study. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 21, 351-377.
- Seiffge-Krenke, I. y Stemmler, M. (2003). Coping with everyday stress and links to medical and psychosocial adaptation in diabetic adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 33, 180-188.
- Seiffge-Krenke, I. y Stemmler, M. (2002). Factors contributing to gender differences in depressive symptoms: a test of three developmental models. *Journal of Youth and Adolescence*, 31(6), 405-417.
- Seligman, M. (1995). *The optimistic child*. Washington: Random House.
- Sharan, P., Mehta, M. y Chaudhry, V.P. (1999). Psychiatric disorders among parents of children suffering from acute lymphoblastic leukemia. *Pediatric Hematology and Oncology*, 16(1), 43-47.
- Sherwood, P., Given, B. A., Given, C., Champion, V. L., Doorenbos, A.Z., Azzouz, F., Kozachik, S. Wagler-Ziner, K. y Monahan, P. O. (2005). A cognitive behavioral intervention for symptom management in patients with advanced cancer. *Oncology Nursing Forum*, 32(6), 1190-1198.
- Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. Principales causas de mortalidad en edad escolar (de 5 a 14 años), 2005. <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>. Recuperado el 13 de noviembre de 2008.
- Sistema Nacional de Información en Salud, Secretaría de Salud. [Diez principales causas de mortalidad en hombres y mujeres, por grupos de edad](http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html). <http://sinais.salud.gob.mx/mortalidad/index.html>. Recuperado el 13 de noviembre de 2008.
- Skinner, E.A. (1995). *Perceived control, motivation, and coping*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Smeets, R.J.E.M., Vlaeyen, J.W.S., Hidding, A., Kester, A.D.M., van der Heijden, G. J.M.G. y Knottnerus, J. A. (2008). [Chronic low back pain: Physical training, graded activity with problem solving training, or both. The one-year post-treatment results of a randomized controlled trial.](#) *Pain*, 134(3), 263-276.
- Solak, Z. A., Göksel, T., Telli, C. G. y Erdinç, E. (2005). Success of a smoking cessation program among smoking relatives of patients with serious smoking-related pulmonary disorders. *European Addiction Research*, 11, 57–61.
- Soroudi, N., Perez, G. K., Gonzalez, J. S., Greer, J. A., Pollack, M. H., Otto, M. W. y Safren, S. A. (2008). [CBT for medication adherence and depression \(CBT-AD\) in HIV-Infected patients receiving methadone maintenance therapy.](#) *Cognitive and Behavioral Practice*, 15(1), 93-106.
- Spieth, L. E., Harris, C.V. (1996). Assessment of Health-Related Quality of Life in Children and Adolescents: An Integrative Review. *Journal of Pediatric Psychology*, 21(2), 175-193.
- Spiegel, D. (1995). How do you feel about cancer now? Survival and psychosocial support. *Public Health Report*, 110, 298–300.
- Steinberg, L. (1999). *Adolescence* (5^a ed.). New York: McGraw-Hill College.
- Strokes, T. (1999). Psychoterapy for some sequelae of leukemia. *Education and Treatment of Children*, 22(2), 179-188.
- Sutherland, G., Andersen, M. B. y Morris, T. (2005). Relaxation and Health-Related Quality of Life in Multiple Sclerosis: The Example of Autogenic Training. *Journal of Behavioral Medicine*, 28(3), 249-256.
- Tadmor, C. y Weyl Ben, M. (2000). Changes in the policies of the department of hematology, 1982-1998, designed to promote the mental health of children with leukemia and enhance their quality of life. *Pediatric Hematology*, 17, 67-76.
- Thoits, P. A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of literature. En: *Psychosocial stress: Trends in theory and research*. H. B. Kaplan (Ed.), New York: Academic Press.
- Thompson, R. y Gustafson, K. (1996). *Adaptation to chronic illness*. Washington: APA.
- Tobin, D.L., Holroyd, K.A., Reynolds, R.V., y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 343–361.

- Valanis, B., Whitlock, E. E., Mullooly, J., Vogt, T., Smith, S., Chen, S. y Glasgow, R. E. (2003). Screening rarely screened women: time-to-service and 24-month outcomes of tailored interventions. *Preventive medicine, 37*, 442–450.
- Valencia, A. (2007). Programa de Apoyo psicosocial para niños con cáncer y sus familias. Tesis de Doctorado. Facultad de psicología: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Varni, J. W. (2004). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32) Forma general, versión corta para adolescentes. Traducido al español. Lyon: MAPI Research Institute.
- Varni, J. W. (2004). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32) Forma general, versión corta para padres de adolescentes. Traducido al español. Lyon: MAPI Research Institute.
- Varni, J. W. (2004). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32) Módulo de cáncer, versión corta para padres de adolescentes. Traducido al español. Lyon: MAPI Research Institute.
- Varni, J. W. (2004). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32) Módulo de cáncer, versión corta para adolescentes. Traducido al español. Lyon: MAPI Research Institute.
- Varni, J., Burwinkle, T., Limbers, C. y Szer, I. (2007). The PedsQL™ as a patient-reported outcome in children and adolescents with fibromyalgia: an analysis of OMERACT domains. *Health and Quality of Life Outcomes, 5*(9), 1-12.
- Varni, J., Burwinkle, T. y Seid, M. (2006). The PedsQL™ 4.0 as a school population health measure: feasibility, reliability, and validity. *Quality of Life Research, 15* (2), 203-215.
- Varni, J., Limbers, C. y Burwinkle, T. (2007). Parent proxy-report of their children's health-related quality of life: an analysis of 13,878 parents' reliability and validity across age subgroups using the PedsQL™ 4.0 Generic Core Scales. *Health and Quality of Life Outcomes, 5*(2), 1-10.
- Varni, J., Waldron, S., Gragg, R., Rapoff, M., Bernstein, B., Lindsley, C. y Newcomb, M. (1996). Development of the Waldron/Varni pediatric pain coping inventory. *Pain, 67*, 141-150.
- Varni, J., Burwinkle, T., Rapoff, M., Kamps, J. y Olson, N. (2004). The PedsQL in pediatric asthma: reliability and validity of the pediatric quality of life inventory generic core scales and asthma module. *Journal of Behavioral Medicine, 27*(3), 297-318.

- Varni, J. W., Katz, E. R., Seid, M, Quiggins, J. L., Friedman-Bender, A. y Castro, C. M. (1998). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32) I: Instrument development, descriptive statistics and cross-informant variance. *Journal of Behavioral Medicine*, 21(2), 397-406.
- Varni, J. W., Rode, C. A., Seid, M, Katz, E.R., Friedman-Bender, A. y Quiggins, D, J. (1999). The Pediatric Cancer Quality of Life Inventory-32 (PCQL-32). II. Feasibility and Range of Measurement. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 397-406.
- Vallejo, J. y Gastó, C. (2000). *Trastornos afectivos: ansiedad y depresión*. Barcelona: Elsevier.
- Villarruel, M.B. y Lucio, M.E. (En Prensa). Propiedades psicométricas del Inventario de calidad de vida pediátrico (PedsQL™) Versión 4.0 en adolescentes mexicanos. *Revista Psicología y Salud*.
- Wadsworth, M., Rieckman, T., Benson, M. y Compas, B. (2004). Coping and responses to stress in Navajo adolescents: psychometric properties of the responses to stress questionnaire. *Journal of community psychology*, 32(4), 391-411.
- Wagner, B.M., Compas, B.E. y Howell, D.C. (1988). Daily hassles and major life events: A test of an integrative model of psychosocial stress. *American Journal of Community Psychology*, 16, 189-205.
- Webster-Stratton, C. (1990). Stress: A potential description of parent perceptions and family interactions. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 302-312.
- Weisz, J. R. Empirically supported treatments for children and adolescents: Efficacy problems and prospects. En: Dobson, K. y Craig, K. (1998). *Empirically supported therapies*. SAGE: Thousand Oaks, California.
- Weisz, J. R. y Hawley, K.M. (1998). Finding, evaluating, refining, and applying empirically supported treatment for children and adolescents. *Journal of clinical child psychology*, 27(2), 206-216.
- Weisz, J. R., McCabe, M., y Dennig, M. D. (1994). Primary and secondary control among children undergoing medical procedures: Adjustment as a function of coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 324-332.
- Williams, P. D., Williams, A. R., Graff, J. C., Hanson, S., Stanton, A., Hafeman, C., Liebergen, A., Leuenberg, K., Setter, R. K., Ridder, L, Curry, H., Barnard, M. y Sanders, S. (2002). Interrelationships among variables affecting well siblings and mothers in families of children with a chronic illness or disability. *Journal of Behavioral Medicine*, 25(5), 411-424.

- Wright, M. Galea, V. y Barr, R. (2003). Self perceptions of physical activity in survivors of acute lymphoblastic leukemia in childhood. *Pediatric Exercise Science, 15*, 191-201.
- Wu, X., Chen, V. W., Steele, B., Roffers, S., Klotz, J. B., Correa, C. N. y Carozza, S. E. (2003). Cancer Incidence in Adolescents and Young Adults in the United States, 1992–1997. *Journal of Adolescent Health, 32*, 405–415.
- Wyman, P. A., Sandler, I., Wolchik, S. A., y Nelson, K. (2000). Resilience as cumulative competence promotion and stress protection: Theory and intervention. En: Cicchetti, D., Rappaport, J., Sandler, I. y Weissberg, R. P. (Eds.). *The promotion of wellness in children and adolescents*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Wysocki, T. y Gavin, L. (2006). Paternal involvement in the management of pediatric chronic diseases: associations with adherence, quality of life, and health status. *Journal of Pediatric Psychology, 31*(5), 501-511.

APÉNDICE A

Propiedades psicométricas del Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (CA-A)¹

Objetivo:

1. Determinar si el cuestionario de respuestas de afrontamiento para adolescentes es un instrumento confiable y válido

Definición del Constructo:

Afrontamiento: De acuerdo con Lazarus y Folkman (1991), se refiere al proceso de manejar las demandas internas o externas que generan estrés y ponen al límite o exceden los recursos personales de adaptación.

Propósito

Se hizo un primer estudio de tipo cualitativo con el propósito de desarrollar los reactivos que midieran estrategias de afrontamiento usando las palabras y lo que los adolescentes utilizan habitualmente cuando describen lo que hacen cuando resuelven un problema.

MÉTODO

Participantes

Se utilizó un diseño por cuota con 605 adolescentes que acudían a una secundaria, cuyas edades fluctuaron de 11 a 15 años de edad ($X=13.01$): 273 hombres y 333 mujeres. De la muestra total, 118 (61 hombres y 143 mujeres) cursaban el primer año, 250 (118 hombres y

¹ Parte de este trabajo se publicó en Lucio G., E. y Villarruel, B. (2008). Assessment of coping in adolescents: considerations for developing coping questionnaires for teenagers En: *Stress and Anxiety – Application to Life Span Development and Health Promotion*. Buchwald, P., Ringeisen, T. y Eysenck, M. (Eds). Berlin: Logos Verlag.

132 mujeres) estaban en segundo grado y 237 (94 hombres y 143 mujeres) estudiaban el tercer año. En su totalidad provenían de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo.

Diseño

Se utilizó un diseño de grupo con una sola medición para cada una de las etapas.

Materiales e instrumentos

Respuestas de cada participante a la pregunta 130 del Cuestionario de Sucesos de Vida.

Procedimiento

En esta primera etapa, la administración del Cuestionario de Sucesos de Vida se hizo en la escuela. El cuestionario se aplicó por dos o tres psicólogos y estudiantes de psicología en grupos de 30 a 35 estudiantes. Se aplicó a un total de 613 adolescentes, aunque se excluyeron ocho porque no contestaron la última pregunta del inventario.

Luego, los estudiantes contestaron en una hoja en blanco la pregunta 130 que es en formato abierto:

¿Qué es lo que haces cuando alguna de estas situaciones que tu consideras que tienen un efecto negativo para ti te sucedieron?

El objetivo de esta pregunta fue tener un reporte de cómo afronta el adolescente con los eventos que considera que le afectan. Después, las categorías para las respuestas se definieron de acuerdo a la clasificación de

Seiffge-Krenke (1993): respuestas de afrontamiento activo, interno y evitación.

Las respuestas también se clasificaron de acuerdo a las dimensiones propuestas por Compas (1998): respuestas de afrontamiento de control primario comprometido, afrontamiento primario no comprometido, afrontamiento secundario comprometido, control secundario no comprometido y respuestas involuntarias. Solo la categorización de la estrategia principal se presenta en este trabajo, pero algunos de los adolescentes usaron más de una estrategia para afrontar el evento.

Dos jueces independientes clasificaron cada respuesta de la pregunta abierta de acuerdo con esas categorías y se realizó un análisis de contenido de las respuestas a través del programa de análisis cualitativo Ethnograph v5 (Qualis Research, 1998).

Resultados

Como puede verse en la Tabla 18, la mayoría de los adolescentes usan el afrontamiento funcional, tanto en las formas de afrontamiento activo (dirigido a la solución de problemas y búsqueda de apoyo social), así como de afrontamiento interno (contemplación de alternativas de solución), de acuerdo con el sistema de categorías de Seiffge-Krenke.

Tabla 18. Categorías de afrontamiento, de acuerdo con la clasificación de Seiffge-Krenke

Funcionalidad	Seiffge-Krenke Categorías	Frecuencia	%
Afrontamiento funcional	Activo	271	44.8
	Interno	244	40.3
Afrontamiento disfuncional	Evitación	90	14.9

Total	---	605	100
-------	-----	-----	-----

Es importante mencionar que surgieron dos estrategias diferentes a las que reporta de manera general la literatura acerca del tema, dentro del grupo de estudio. Una se refiere a la conducta autolesiva y la otra se refiere a preocupaciones socioeconómicas, fueron incluidas en el estudio, por considerar que pueden tener utilidad clínica.

Ahora bien, los resultados muestran que las frecuencias son muy similares usando las categorías de Compas (Tabla 19). Puede enfatizarse que el hecho de que la mayoría de los adolescentes refirieron respuestas de afrontamiento comprometido, lo que corresponde con lo esperado en una población normal.

Tabla 19. Categorías de afrontamiento, de acuerdo la clasificación de Compas

Respuestas al estrés	Categorías de Compas	Frecuencia	%
Respuestas Voluntarias	Control primario comprometido	288	47.60
	Control secundario comprometido	71	11.60
	Afrontamiento no comprometido	21	3.40
Respuestas involuntarias	Compromiso involuntario	161	26.30
	No Compromiso involuntario	64	10.4
N	Total	605	100

En las Tablas 20 y 21 se presentan algunos ejemplos de las respuestas que proporcionaron los adolescentes en cada una de las categorías, al contestar la pregunta abierta del Cuestionario de Sucesos de Vida.

Tabla 20. Ejemplos de categorías de las respuestas de acuerdo con Seiffge-Krenke

Dimensión del afrontamiento de las respuestas, de acuerdo con la clasificación de Seiffge-Krenke	
Categoría	Ejemplo
Activo	"Pedir algún consejo con alguna persona de confianza para mí, tratar de resolverla"
Interno	"Traté de no darles importancia para evitar sentirme mal"
Evitación	"Nada"

Tabla 21. Ejemplos de categorización de las respuestas, de acuerdo con Compas

Dimensiones de afrontamiento según el modelo de Compas		
Factor	Categoría	Ejemplo
<i>Respuestas voluntarias</i> Control primario	Afrontamiento comprometido	"Pedir algún consejo con alguna persona de confianza para mí, tratar de resolverla"
<i>Respuestas voluntarias</i> Control secundario		"Como sé que no puedo cambiarlo, mejor acepto las cosas como son y trato de seguir adelante"
<i>Respuestas voluntarias</i> No compromiso	Afrontamiento no comprometido	"Traté de no darles importancia para evitar sentirme mal"

Estos resultados indican que al usar una aproximación cualitativa para estudiar las respuestas de afrontamiento en los adolescentes se puede analizar el proceso del constructo en cuestión, lo que permite tener más elementos del

proceso, a diferencia de cuando se usa una aproximación cuantitativa. Esto es especialmente notable cuando se estudia una población distinta culturalmente de aquellas donde se desarrollaron los instrumentos.

Considerando estos resultados y la revisión de la literatura, se escribieron 65 reactivos para construir una escala tipo Likert con las siguientes opciones: "Nunca lo hago", "a veces lo hago", "es mucho de lo que hago", "frecuentemente lo hago".

Los reactivos se elaboraron tratando de usar el lenguaje de los adolescentes y se consideraron los ocho dominios del cuestionario de Seiffge-Krenke: escuela, padres, tiempo libre, pareja, sí mismo, futuro y trabajo, y no sólo el modelo de funcionalidad o disfuncionalidad, sino también la frecuencia de las respuestas y las estrategias específicas que usan los adolescentes.

También se consideraron las tareas de desarrollo que tienen que enfrentar. Se consideró importante usar las frases de los adolescentes, para tener un instrumento apropiado culturalmente.

La versión experimental se aplicó a 70 adolescentes en un estudio preliminar, a los cuales les fue muy difícil entender los diferentes dominios y algunos de los reactivos no fueron contestados, entonces se aplicó una versión de 39 reactivos en una muestra grande sin considerar los dominios. Posteriormente, se hizo una segunda aplicación del instrumento corregido. En la segunda etapa se aplicó el cuestionario de afrontamiento de 39 reactivos en una escala tipo Likert (Lucio, Villaruel y Villegas, 2005) a una muestra de adolescentes.

METODO

Participantes

En este estudio se aplicó el cuestionario a 316 adolescentes: 188 hombres y 138 mujeres de una escuela secundaria, cuyas edades fluctuaron entre 11 y 17

años ($X=13.61$, $SD=1.24$). Todos los adolescentes provenían la Ciudad de México, de un nivel socioeconómico medio-bajo y bajo.

Materiales e instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (Lucio, Villarruel y Villegas, 2005), Versiones 1 y 2 (Ver Apéndice A).

Es una escala tipo Likert de 39 reactivos desarrollada a partir de las respuestas de los participantes en el primer estudio. Los 39 reactivos seleccionados se consideraron con cabe en la frecuencia de las respuestas y las consideraciones teóricas en relación con el modelo de afrontamiento de Seiffge-Krenke, el cual sigue la mayoría de los supuestos de Lazarus y Folkman.

Procedimiento

La aplicación del cuestionario tuvo lugar en la escuela, y fue realizado por dos psicólogos y estudiantes de psicología en grupos de 30 a 35 estudiantes. Se obtuvo el consentimiento informado de los padres y las autoridades escolares.

Resultados

Primero se hizo un análisis factorial exploratorio, con el método de rotación libre, con el propósito de obtener los factores en los que se agruparon las respuestas de los adolescentes.

Se obtuvieron once factores, algunos de los cuales tenían muy pocos reactivos, por lo que se decidió hacer otros análisis factoriales. Parece ser que el modelo de siete factores, que se reproduce aquí, fue el que mejor se ajustó al cuestionario (Tabla 22).

Tabla 22. Modelo de siete factores del CA-A (segunda etapa)

Componente	Valores Eigen	% de varianza explicada	α
1	7.75	19.87	.87
2	3.28	8.50	.70
3	1.92	4.92	.65
4	1.64	4.21	.48
5	1.39	3.59	.54
6	1.37	3.52	.51
7	1.30	3.33	.47
Total	-----	47.86	.87

Los primeros cuatro factores, en la tabla 9 son similares a los que considera Compas: el primero es un factor con respuestas de control primario y secundario, con algunos componentes diferentes, como "perdono si eso ayuda a resolver el problema", el cual parece ser que es un factor cultural relacionado con la sumisión.

El segundo factor es similar al afrontamiento no comprometido. El tercer factor y el cuarto factor son muy parecidos a las respuestas involuntarias comprometidas.

El quinto, sexto y séptimo factor son factores menores: el quinto relacionado al afrontamiento no comprometido, el factor 6 se refiere a la búsqueda de apoyo social en la gente fuera de la familia y el factor 7 se refiere a la religiosidad y la espiritualidad. Existen también similitudes importantes con el modelo de Seiffge-Krenke.

Tercera etapa

Considerando los resultados de la segunda etapa y luego de la revisión de la literatura, se decidió aumentar algunos reactivos de respuestas fisiológicas

involuntarias relacionadas a las emociones, las cuales parecen haberse perdido y se aplicó el instrumento en otra muestra.

Participantes

Los participantes fueron 263 adolescentes con un rango de edades desde 13 a 17 años con una edad promedio de 13.84, DE=1.22, provenientes de una escuela secundaria pública de la Ciudad de México. 67% asistían a la escuela en la mañana y 23% acudían a la escuela por la tarde, 51.7% fueron hombres y 48.3% mujeres.

Materiales e instrumentos

Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes (Lucio, Villarruel y Villegas, 2005).

Procedimiento

Se aplicó la versión final del cuestionario con los seis reactivos añadidos en grupos de 30 a 35 estudiantes en la escuela. Se obtuvo la autorización de la escuela, así como el consentimiento informado de los padres, la participación fue voluntaria.

Resultados

La prueba "t" se hizo para probar la discriminación de los reactivos. Todos los reactivos excepto el 27 discriminaron a un nivel de confianza de $p=.001$. Se decidió incluir el reactivo en el análisis factorial porque el reactivo no discriminó en la muestra, pero tal vez si pueda discriminar en muestras clínicas.

Se hizo un análisis factorial exploratorio, el cual resultó en once factores. Luego, se forzó un análisis factorial exploratorio acorde con los siete factores encontrados en la fase anterior y en la distribución de los reactivos en el análisis factorial exploratorio del segundo paso.

La consistencia interna de cada uno de los factores se obtuvo por medio del Alpha de Cronbach. Como puede verse en la Tabla 23, el total de la varianza explicada por los siete factores fue de 51.39, con valores Eigen mayores a 1. Todos los reactivos, con excepción del reactivo 16 obtuvieron cargas mayores a 0.40.

Tabla 23. Valores Eigen y porcentaje de varianza (tercera etapa)

Factor	Valores Eigen	% de Varianza explicada
1. Respuestas voluntarias comprometidas (control primario y secundario) dirigidas a la solución del problema	7.07	15.70
2. Respuestas involuntarias comprometidas (activación fisiológica)	3.63	8.06
3. Respuestas involuntarias no comprometidas (Pensamientos intrusivos, rumiación)	3.27	7.26
4. Afrontamiento voluntario no comprometido (Evitación, pensamiento mágico)	2.90	6.44
5. Búsqueda de apoyo dentro de la familia	2.41	5.35
6. Religiosidad y espiritualidad	2.15	4.79
7. Búsqueda de apoyo fuera de la familia	1.71	3.79

Total de varianza explicada	---	51.40
------------------------------------	-----	-------

La distribución de los reactivos en los siete factores puede verse en la Tabla 24. Sólo se aceptaron los reactivos con cargas factoriales ≥ 0.40 . Así mismo, se puede notar que en relación con el factor 7, está conformado por dos reactivos, los cuales, no obstante, tienen cargas factoriales aceptables.

Tabla 24. Análisis factorial con rotación Varimax

Item	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
31. Tomo las cosas con calma y trato de encontrar una solución	.77						
26. Analizo las cosas con calma y busco una solución	.74						
24. Trato de cambiar algunas cosas para que el problema no se repita	.71						
32. Tengo confianza en que el problema se va a solucionar	.69						
35. Trato de sacar mi frustración de forma positiva	.68						
13. Pienso sobre la situación y busco una solución	.67						
15. Pienso que todo se va a solucionar de forma positiva	.64						
33. Trato de cambiar mi reacción emocional para sentirme mejor	.63						

Tabla 24 (Continuación). Análisis factorial con rotación Varimax

Item	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
22. Pido disculpas si eso me ayuda a resolver la situación	.62						

20. Trato de tranquilizarme antes de hacer algo	.58
38. Pienso que ya vendrán tiempos mejores	.50
18. Trato de controlar mi enojo	.46
30. Libero mis emociones pintando, dibujando o escribiendo	.45
9. Acepto las cosas como son	.40
42. Siento que respiro agitado	.76
40. Siento que mi corazón me late más rápido	.75
43. Siento los latidos de mi corazón	.75
44. Siento que mis músculos están tensos	.73
45. Me siento nervioso (a)	.65
41. Me siento acalorado o sudoroso	.64
36. Pienso mucho en el problema y no puedo sacármelo de la cabeza	.69
23. Me pongo muy triste	.60
27. Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo	.56
21. Pienso en matarme para escapar de los problemas	.55
3. Me preocupo por el problema todo el tiempo	.53
39. Me paralizó y no puedo hacer nada ante los problemas	.50
8. Hago cosas de las que después me arrepiento	.50
14. No le doy mucha importancia	.64
5. No hago nada	.60

34. Actúo como si todo estuviera bien	.60
37. Hago cosas sin pensar	.54
25. Intento olvidar el problema divirtiéndome con mis amigos	.52
2. Actúo como si nada pasara	.45
10. Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema	.43
16. Resuelvo mis problemas solo (a)	-.34
28. Informo a mis papás lo que me pasó y ellos me ayudan a solucionar las cosas	.72
11. Contarles a mis papas y hermanos para que me aconsejen	.71
4. Hablo con mis papas y trato de solucionar las cosas	.67

Tabla 24. Análisis factorial con rotación Varimax (Continuación)

Item	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
29. Me siento enojado (a) por no poder hacer nada					.46		
6. Rezo para sentirme mejor						.71	
19. Busco consuelo en la religión						.58	
7. Hago algo para sentirme mejor						.45	
17. Pienso que si otras personas pueden superar ese tipo de problema yo también puedo					.42		
1. Pido consejo a un amigo (a) para solucionarlo							.55

12. Platico el problema con alguien de confianza	.44
--	-----

En relación con la confiabilidad del instrumento, el Alpha de Cronbach de la escala total es de 0.89, en tanto que el valor más pequeño corresponde al Factor 7 y el mayor, lo presentó el Factor 1 (Tabla 25).

Tabla 25. Coeficientes Alpha de Cronbach de los siete factores (tercera etapa)

Factor	Alpha de Cronbach	Reactivos
1. Respuestas voluntarias comprometidas (control primario y secundario) dirigidas a la solución del problema	.88	14
2. Respuestas involuntarias comprometidas (activación fisiológica)	.83	6
3. Respuestas involuntarias comprometidas (Pensamientos intrusivos, rumiación)	.72	7
4. Afrontamiento voluntario no comprometido (Evitación, pensamiento mágico)	.70	8
5. Búsqueda de apoyo dentro de la familia	.84	4
6. Religiosidad y espiritualidad	.56	4
7. Búsqueda de apoyo fuera de la familia	.51	2
Escala total	.89	45

APÉNDICE B

Propiedades psicométricas del Inventario de calidad de vida pediátrico (PedsQL)TM forma general para adolescentes²

Objetivo: Determinar si el Inventario de calidad de vida pediátrico (PedsQLTM) es un instrumento confiable y válido

Definición del Constructo:

CALIDAD DE VIDA EN RELACIÓN CON LA SALUD: De acuerdo con Spieth y Harris (1996), "La calidad de vida relacionada con la salud se refiere al impacto objetivo y subjetivo de la disfunción asociada con una enfermedad o daño, tratamiento médico y políticas de cuidado de la salud".

MÉTODO

En este estudio se desarrolló la corrección de la traducción al español, que fue enviada por el autor, posteriormente se obtuvieron las propiedades psicométricas de la forma genérica del PedsQLTM en la versión para adolescentes. Se aplicaron tanto las versiones para adolescentes como para padres en una muestra de adolescentes.

Participantes

La muestra de adolescentes estuvo conformada por 247 participantes, de edades entre 13 y 17 años, con una media de 13.81 y DE= 0.87, de los cuales

² Una parte del trabajo se publicará en: Villarruel Rivas, M.B. y Lucio Gómez-Maqueo, M.E. (En Prensa). Propiedades psicométricas del Inventario de calidad de vida pediátrico (PedsQLTM) Versión 4.0 en adolescentes mexicanos. Revista Psicología y Salud.

51% eran hombres y 49% mujeres. Todos provenían de una escuela pública de nivel secundaria.

Por otra parte, aceptaron participar 155 padres o cuidadores, con edades entre 18 y 76 años, media=40.68, DE=7.997, de los cuales 24% eran hombres y 76% mujeres. En cuanto al parentesco, 69% eran madres, 21.9% padres, 5.2% abuelo o abuela, 1.3% tía y 2.6% hermano.

Diseño

Se utilizó un diseño de grupo con una sola medición para cada uno de los instrumentos.

Materiales e instrumentos

1. Carta de consentimiento informado
2. Cuestionario de calidad de vida pediátrico (PedsQL, Varnhagen, 1999). Es un instrumento estandarizado que mide la calidad de vida en población pediátrica. Existen varias versiones del instrumento: la forma general por diversos rangos de edades, las formas específicas para padecimientos médicos, además de las correspondientes formas para padres y para medir dolor, fatiga y satisfacción con los servicios de salud. Para fines de la investigación sólo se usaron: la Forma general, versión corta para adolescentes y para padres, traducidos al español.

Es una escala tipo Likert con cinco opciones de respuesta, que mide la calidad de vida de los adolescentes en cuatro áreas: funcionamiento físico, emocional, social y escolar, que se agrupan en dos subescalas: funcionamiento físico y psicológico. Cada reactivo se puntúa de la siguiente manera:

0 = 100 %

1 = 75%

2 = 50%

3 = 25%

4 = 0%

Posteriormente se suman los reactivos correspondientes a cada área para obtener el puntaje correspondiente, el cual dividido entre el número de reactivos da un índice de calidad de vida en el área específica. Las sub escalas funcionamiento físico y psicológico se califican de la misma manera.

Procedimiento

Dado que se hizo la corrección de la traducción del instrumento, se procedió a hacer una primera aplicación con una muestra de 30 sujetos de edades entre 13 y 16 años, se analizaron las dificultades para comprenderlo y contestar. Con base en éstas se hicieron las correcciones gramaticales, conservando el sentido de cada reactivo. Posteriormente, se realizó otra aplicación colectiva con la muestra definitiva, con los resultados que se reportan enseguida.

Resultados

Se obtuvo la descripción de la muestra, el análisis de valores perdidos, el análisis de discriminación de reactivos mediante prueba *t*, la confiabilidad a través del coeficiente de consistencia interna Alpha, la correlación reactivo-escala total, la correlación entre los puntajes correspondientes al reporte de los adolescentes y sus padres, así como análisis factorial exploratorio y confirmatorio.

En primer lugar, se halló menos del 1% de valores perdidos de la forma general para adolescentes (Tabla 26) y padres (Tabla 27). La confiabilidad de la versión para adolescentes se obtuvo a través del Coeficiente de Cronbach, obteniendo 0.86 para la escala total, así como valores que oscilan entre 0.62 y 0.71. Los efectos de piso fueron inexistentes, mientras que los efectos de techo se diferenciaron claramente, siendo más altos en los reactivos correspondientes al funcionamiento físico.

Tabla 26. Análisis de valores perdidos del PedsQL en la forma general para adolescentes

Reactivo	X	DE	Perdidos		No. de extremos (a)	
			Contados	%	Altos	Bajos
R_1	1.24	1.118	3	.7	27	0
R_2	1.43	1.143	3	.7	22	0
R_3	1.36	1.119	3	.7	27	0
R_4	1.59	1.205	3	.7	18	0
R_5	1.08	1.099	3	.7	52	0
R_6	1.49	1.199	3	.7	32	0
R_7	1.67	1.099	3	.7	18	0
R_8	1.86	1.090	3	.7	1	0
R_9	1.46	1.065	3	.7	10	0
R_10	1.85	1.154	3	.7	0	0
R_11	2.19	1.165	3	.7	1	0
R_12	1.30	1.089	3	.7	13	0
R_13	2.13	1.493	3	.7	7	0
R_14	1.59	1.226	3	.7	38	0
R_15	1.20	1.060	3	.7	4	0
R_16	1.29	1.087	3	.7	6	0
R_17	1.30	1.097	3	.7	15	0
R_18	1.36	1.163	3	.7	26	0
R_19	2.05	1.292	3	.7	4	0
R_20	1.89	1.203	3	.7	4	0

R_21	2.10	1.280	3	.7	2	0
R_22	1.38	1.118	3	.7	14	0
R_23	1.62	1.156	3	.7	24	0

Tabla 27. Análisis de valores perdidos del PedsQL en la forma general para padres

Reactivo	X	DE	Perdidos		Extremos	
			n	%	Bajos	Altos
R_1	1.10	1.44	0	.0	0	0
R_2	.99	1.24	0	.0	0	0
R_3	1.08	1.29	0	.0	0	0
R_4	.85	1.03	0	.0	0	0
R_5	1.28	1.69	0	.0	0	0
R_6	1.22	1.35	0	.0	0	0
R_7	1.32	1.18	0	.0	0	0
R_8	1.49	1.10	0	.0	0	8
R_9	.91	.93	0	.0	0	0
R_10	1.25	1.00	0	.0	0	0
R_11	1.78	1.25	0	.0	0	0
R_12	.77	1.04	0	.0	0	10
R_13	1.15	1.15	0	.0	0	0
R_14	1.39	1.43	0	.0	0	0
R_15	.74	1.08	0	.0	0	11
R_16	.74	1.01	0	.0	0	9
R_17	.75	.99	0	.0	0	9
R_18	.92	1.26	0	.0	0	0
R_19	1.74	1.35	0	.0	0	0
R_20	1.45	1.08	0	.0	0	0

R_21	1.84	1.39	0	.0	0	0
R_22	.88	1.04	0	.0	0	0
R_23	1.04	1.07	0	.0	0	0

Ahora bien, el análisis de discriminación de reactivos mostró diferencias estadísticamente significativas al contrastar mediante el estadígrafo *t* el 25% de puntajes altos, contra el 25% de puntajes bajos en ambas formas, con excepción de los reactivos 2 y 5 en la forma para adolescentes (Tabla 28). En estos últimos reactivos, no pudo realizarse el contraste de puntuaciones, debido a que no existieron variaciones en los reportes de los adolescentes al momento de contestar el instrumento.

Tabla 28. Análisis de discriminación de reactivos mediante contraste con prueba *t*, PedsQL, en las formas generales para adolescentes y padres

Reactivo	Adolescentes					Padres				
	x	DE	t	gl	p.	x	DE	t	gl	p.
1. Se me hace difícil correr	1.00	.00	-26.66	248	.000	.11	.48	-22.86	136	.001
	2.59	.70				2.94	.96			
2. Correr	--	--	--	--	---	.06	.32	-21.95	133	.001
	--	--	--	--	--	2.48	.91			
3. Se me hace difícil practicar deportes o hacer ejercicio	.99	.13	-24.48	248	.000	.05	.31	-24.54	131	.001
	2.55	.7				2.63	.85			

4. Se me hace difícil levantar algo pesado	.99	.11	-28.11	178	.000	.05	.21	-27.72	123	.001
	3.13	.68				2.28	.66			
5. Bañarse solo en tina o regadera	--	--	--	--	--	.09	.58	-33.40	137	.001
	--	--	--	--	--	3.64	.60			
6. Tengo dificultad para hacer quehaceres en la casa	1.01	.26	-21.92	248	.000	.06	.37	-22.58	129	.001
	2.66	.8				2.68	.89			
7. Siento Dolores	1.00	.00	-51.42	178	.000	.06	.23	-22.39	123	.001
	3.10	.40				2.42	.75			
8. Me siento cansado (a)	.99	.11	-40.80	178	.000	.51	.50	-19.01	152	.001
	3.16	.46				2.35	.67			
9. Me siento asustado (a) o con miedo	.99	.09	-41.26	188	.000	.00	.00	-33.91	103	.001
	3.11	.54				2.22	.52			
10. Me siento triste	.97	.16	-31.05	185	.000	.00	.00	-33.07	123	.001
	3.26	.60				2.14	.45			
11. Me siento enojado (a)	1.67	.47	-22.95	248	.000	.40	.49	-28.12	94	.001
	3.34	.66				3.39	.54			
12. Tengo dificultad para dormir	1.00	.00	-26.94	248	.000	.00	.00	-18.23	153	.001
	2.62	.72				1.74	.88			
13. Me preocupo por lo que me vaya a pasar	1.60	.62	-20.63	248	.000	.00	.00	-25.00	117	.001
	3.63	.85				2.41	.74			
14. Tengo problema para llevarme bien con otros adolescentes	.98	.12	-23.30	248	.000	.00	.00	-22.57	116	.001
	2.67	.81				2.93	.98			

15. No quieren ser mis amigos otros adolescentes	.99	.07	-23.85	248	.000	.00	.00	-18.60	153	.001
	2.56	.82				1.83	.94			

Tabla 28 (Continuación). Análisis de discriminación de reactivos mediante contraste con prueba t, PedsQL, en las formas generales para adolescentes y padres

Reactivo	Adolescentes					Padres				
	x	DE	t	gl	p.	x	DE	t	gl	p.
16. Se burlan de mi otros adolescentes	1.00	.00	-22.19	248	.000	.21	.51	-8.70	153	.001
	2.53	.78				1.39	1.10			
17. No puedo hacer cosas que otros adolescentes de mi edad pueden hacer	1.05	.46	-20.32	248	.000	.29	.60	-7.69	153	.001
	2.55	.70				1.34	1.07			
18. Se me hace difícil mantenerme físicamente igual que otros adolescentes de mi edad	1.00	.11	-22.62	248	.000	.00	.00	-28.90	128	.001
	2.66	.89				2.72	.88			
19. Se me hace difícil poner atención en clase	1.02	.12	-27.31	174	.000	.46	.50	-29.85	78.82	.001
	3.36	.68				3.59	.54			
20. Se me	1.00	.00	-	167	.000	.41	.49	-20.16	71.4	.001

olvidan las cosas			27.85						5	
	3.40	.73			2.68	.61				
21. Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en la clase	1.60	.58	-	248	.000	.00	.00	-30.07	85	.001
			22.07							
	3.33	.65			3.47	.71				
22. Falto a la escuela por no sentirme bien	.99	.08	-	248	.000	.00	.00	-32.99	113	.001
			23.94							
	2.66	.80			2.40	.63				
23. Falto a la escuela para ir al doctor o al hospital	1.05	.48	-	180	.000	.00	.00	-25.45	108	.001
			28.66							
	3.21	.524			2.37	.72				

De manera general, la confiabilidad de la escala total y sub escalas fue aceptable, como se muestra en la Tabla 29. En la forma para adolescentes el valor alpha de la escala total fue de .83, mientras que en los padres, fue de 0.90.

Tabla 29. Confiabilidad de las escalas de la forma general del PedsQL para adolescentes y padres

Factor	Adolescentes		Padres	
	<i>No. de reactivos</i>	<i>Alpha</i>	<i>No. de reactivos</i>	<i>Alpha</i>
1	6	.66	5	.84
2	4	.63	5	.83
3	3	.60	4	.74
4	4	.62	4	.77

5	2	.53	3	.78
6	2	.33	2	.63
7	2	.17	---	---
<i>Escala Total</i>	23	.83	23	.90

Las correlaciones reactivo-escala total en ambas formas fueron significativas (Tabla 30), excepto el reactivo 5, que obtuvo una correlación muy baja, en ambas formas del instrumento.

Tabla 30. Coeficientes de correlación por reactivo – escala total en la versión para adolescentes y padres

Reactivo	Adolescentes		Padres	
	r	Sig.	r	Sig.
1. Caminar más de una cuadra	.45	.00	.59	.00
2. Correr	.55	.00	.60	.00
3. Practicar deportes o hacer ejercicio	.42	.00	.50	.00
4. Levantar algo pesado	.33	.00	.45	.00
5. Bañarme solo(a) en tina o regadera	.06	.34	.59	.34
6. Hacer quehaceres en la casa	.41	.00	.65	.00
7. Dolores	.45	.00	.60	.00
8. Cansado (a)	.54	.00	.64	.00
9. Asustado (a) o con miedo	.42	.00	.57	.00
10. Triste	.52	.00	.52	.00
11. Enojado (a)	.51	.00	.53	.00
12. Dificultad para dormir	.51	.00	.54	.0

13.Preocupación por lo que vaya a pasar	.35	.00	.55	.00
14.Llevarse bien con otros adolescentes	.62	.00	.60	.00
15.No quieren ser amigos otros adolescentes	.48	.00	.55	.00
16.Se burlan de mi otros adolescentes	.45	.00	.61	.00
17.No puedo hacer cosas que otros adolescentes de mi edad pueden hacer	.41	.00	.65	.00
18.Mantenerme físicamente igual que otros adolescentes de mi edad	.52	.00	.63	.00

Tabla 30 (Continuación). Coeficientes de correlación por reactivo – escala total en la versión para adolescentes y padres

Reactivo	Adolescentes		Padres	
	r	Sig.	r	Sig.
19.Poner atención en clase	.58	.00	.54	.00
20.Se me olvidan las cosas	.52	.00	.55	.00
21.Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en la clase	.56	.00	.56	.00
22.Falto a la escuela por no sentirme bien	.45	.00	.68	.00
23.Falto a la escuela para ir al doctor o al hospital	.37	.00	.55	.00

Posteriormente, se muestra la conformación de los factores en cada uno de los análisis factoriales (Tabla 31), que resultaron diferentes en el número de factores extraídos, así como en el porcentaje de varianza que se explica en cada uno de los factores y en la escala total.

Tabla 31. Componentes extraídos del Análisis factorial exploratorio.

Análisis de componentes principales. Método de rotación: Varimax

Adolescentes			Padres	
Factor	Valores Eigen	% de varianza	Valores Eigen	% de varianza
1	2.63	11.43	3.42	14.86
2	2.09	9.10	2.87	12.51
3	2.03	8.86	2.59	11.28
4	1.98	8.64	2.40	10.44
5	1.69	7.35	2.20	9.60
6	1.27	5.53	2.00	8.70
7	1.27	5.52	---	---
Total	---	56.46	---	67.41

De manera específica, los análisis factoriales de ambas formas presentaron estructuras factoriales distintas. En específico, para los adolescentes (Tabla 32) el factor 1 quedó conformado con reactivos de malestar emocional y cognitivo, seguido por los reactivos de funcionamiento emocional (factor 2), funcionamiento físico (factor 3), funcionamiento social relacionado con la escuela (factor 4) y dos reactivos de funcionamiento físico en relación con la autonomía.

Tabla 32. Agrupación de los reactivos en el Análisis factorial exploratorio en la forma para adolescentes. *Carga factorial < 0.40

Reactivo	Factor						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Se me hace difícil caminar más de una cuadra							.41
2. Se me hace difícil correr			.72				

3. Se me hace difícil practicar deportes o hacer ejercicio	.66	
4. Se me hace difícil levantar algo pesado	.63	
5. Se me hace difícil bañarme solo(a) en tina o regadera		.88
6. Tengo dificultad para hacer quehaceres en la casa		.77
7. Siento dolores	.64	
8. Me siento cansado (a)	.51	
9. Me siento asustado (a) o con miedo	.68	
10.Me siento triste	.60	
11.Me siento enojado (a)	.42	
12.Tengo dificultad para dormir	.43	
13.Me preocupo por lo que me vaya a pasar		.60
14.Tengo problemas para llevarme bien con otros adolescentes	.41	
15.No quieren ser mis amigos otros adolescentes	.68	
16.Se burlan de mí otros adolescentes	.60	
17.No puedo hacer cosas que otros adolescentes de mi edad pueden hacer	.58	
18.Se me hace difícil mantenerme físicamente igual que otros adolescentes de mi edad	.62	
19.Se me hace difícil poner atención en clase	.71	
20.Se me olvidan las cosas	.63	
21.Se me hace difícil estar al corriente con las tareas y las actividades en la clase	.65	
22.Falto a la escuela por no sentirme bien		.68
23.Falto a la escuela para ir al doctor o al hospital		.76

En la forma para padres (Tabla 33), el funcionamiento físico quedó dividido en dos factores, mientras que dentro del tercer factor quedaron agrupados reactivos del funcionamiento emocional y escolar de la escala original, en específico los que corresponden a la asistencia a la escuela. Por otro lado, el cuarto factor se compuso de reactivos de funcionamiento social y escolar; no así, el quinto factor que estuvo conformado únicamente por reactivos de la escala de funcionamiento social.

Tabla 33. Agrupación de los reactivos en el Análisis factorial exploratorio en la forma para padres

Reactivo	Factor					
	1	2	3	4	5	6
1. Caminar más de una cuadra	.75					
2. Correr	.79					
3. Participar en actividades deportivas o hacer ejercicio	.81					
4. Levantar algo pesado	.65					
5. Bañarse solo en tina o regadera	.72					
6. Tener dificultad para hacer quehaceres en la casa		.56				
7. Tener dolores		.66				
8. Sentirse cansado(a)		.50				
9. Sentirse asustado(a) o con miedo			.73			
10. Sentirse triste			.60			
11. Sentirse enojado(a)						.69
12. Tener dificultad para dormir			.50			
13. Preocuparse por lo que le vaya a pasar			.71			
14. Llevarse bien con otros adolescentes				.64		
15. No quieren ser sus amigos otros adolescentes					.75	
16. Otros adolescentes se burlan de él o ella					.66	

17.No poder hacer cosas que otros adolescentes de su edad pueden hacer		.68
18.Poder mantenerse físicamente igual que otros adolescentes	.43	
19.Poner atención en clase	.78	
20.Olvidar cosas		.70
21.Estar al corriente con las tareas y las actividades en las clases	.81	
22.Faltar a la escuela porque no se siente bien	.81	
23.Faltar a la escuela para ir al doctor o al hospital	.80	

En otro análisis, se determinó la correlación de Spearman entre las respuestas obtenidas de los adolescentes y sus padres, sin que se presentaran correlaciones estadísticamente significativas.

En conclusión, mediante este estudio se pudieron confirmar las propiedades psicométricas de este inventario, como un instrumento confiable y válido para la medición de la calidad de vida en relación con la salud, de los adolescentes mexicanos.

APÉNDICE C

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

Programa de intervención psicológica para pacientes con leucemia aguda

Datos Generales del paciente

Nombre completo _____

Domicilio _____ **Diagnóstico**

Edad _____

No. de registro

Datos del padre o adulto cuidador

Nombre completo _____

Edad _____

Ultimo grado de escolaridad

Ocupación _____ **Parentesco con el niño**

Se le está invitando a participar de manera voluntaria en una investigación para poner a prueba un tratamiento psicológico que facilite la adaptación emocional en los adolescentes que tienen leucemia. Consta de la aplicación de varias pruebas psicológicas para conocer cuáles son las dificultades físicas y psicológicas que se presentan su paciente, así como se afecta su vida cotidiana por estos problemas.

Para llevarlo a cabo, solicitamos a su paciente y a usted su aprobación para que su paciente conteste cuatro cuestionarios hechos específicamente para evaluar: problemas emocionales, la aparición de situaciones estresantes, las estrategias para enfrentarse a situaciones estresantes y la calidad de vida de adolescentes enfermos. Así mismo, le pedimos a usted que conteste un cuestionario de calidad de vida. El tiempo aproximado para resolver los cuestionarios es entre 15 minutos y una hora media. Luego de la aplicación de las pruebas, se le citará para acudir entre 1 y 10 sesiones de una hora aproximada para recibir el tratamiento psicológico.

Conforme a los derechos de los pacientes, lo establecido en la Ley General de Salud, Capítulo V "Investigación para la Salud", Artículos 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102 y 103, así como en el Código Ético del Psicólogo vigente en la Parte II referente a las Normas de conductas, la información que proporcionen es estrictamente confidencial, sólo se usará para fines de investigación y preservando la identidad de los participantes, o en caso de que sea requerido por la ley.

De igual manera, no se aplicarán tratamientos invasivos (por ejemplo: obtención de sangre o aspirados de médula ósea) y es poco probable que al contestar este cuestionario se altere la salud de su paciente o la propia.

No se le dará ninguna compensación financiera o reembolso por su participación en esta investigación y su participación es voluntaria, por lo que puede elegir no participar, en el entendido de que aún cuando se niegue a hacerlo esto no afectará la atención que su hijo recibe en la Institución que atiende a su paciente.

Al firmar este consentimiento, usted autoriza la revisión de los registros, el archivo de la información de dichos cuestionarios y la transferencia de los datos que la investigación genere.

Es importante mencionar que usted tiene derecho a realizar cualquier pregunta respecto a esta investigación en cualquier momento y en caso de requerir algún tipo de atención psicológica, se les comunicará y tendrá la opción de ser canalizados para recibir atención especializada que requiera.

Firma de consentimiento del padre o cuidador

Fecha

APÉNDICE D

CUESTIONARIO DE RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO PARA ADOLESCENTES

Instrucciones:

Nos interesa conocer que es lo que haces cuando tienes algún problema.

I. Por favor lee las siguientes afirmaciones y marca en la hoja de respuestas con que frecuencia tu haces las cosas que se mencionan en cada una de estas afirmaciones.

- A. "Nunca lo hago".
- B. "A veces lo hago".
- C. "Más o menos lo hago".
- D. "Frecuentemente lo hago".
- E. "Es mucho de lo que yo hago".

II. Al terminar de responder, no olvides contestar la pregunta abierta.

<p>No anotes ni rayes en este cuadernillo</p>
--

♣ Sección A

Cuando tengo un problema yo hago lo siguiente:

		Nunca lo hago	A veces lo hago	Más o menos lo hago	Frecuente-mente lo hago	Es mucho de lo yo hago
1	Pido consejo a un amigo (a) para solucionarlo.	A	B	C	D	E
2	Actúo como si no pasara nada	A	B	C	D	E
3	Me preocupo por el problema todo el tiempo	A	B	C	D	E
4	Hablo con mis papas y trato de solucionar las cosas	A	B	C	D	E
5	No hago nada	A	B	C	D	E
6	Rezo para sentirme mejor	A	B	C	D	E

Cuando tengo un problema yo hago lo siguiente:

		Nunca lo hago	A veces lo hago	Más o menos lo hago	Frecuentemente lo hago	Es mucho de lo yo hago
7	Hago algo para sentirme mejor	A	B	C	D	E
8	Hago cosas de las que después me arrepiento	A	B	C	D	E
9	Acepto las cosas como son	A	B	C	D	E
10	Busco algo divertido que me ayude a olvidar el problema.	A	B	C	D	E
11	Contarles a mis papás y hermanos para que me aconsejen	A	B	C	D	E
12	Platico el problema con alguien de confianza	A	B	C	D	E
13	Pienso sobre la situación y busco una solución	A	B	C	D	E
14	No le doy mucha importancia	A	B	C	D	E

15	Pienso que todo se va a solucionar de forma positiva	A	B	C	D	E
16	Resuelvo mis problemas solo (a)	A	B	C	D	E
17	Pienso que si otras personas pueden superar ese tipo de problema yo también puedo	A	B	C	D	E
18	Trato de controlar mi enojo	A	B	C	D	E

Cuando tengo un problema yo hago lo siguiente:

		Nunca lo hago	A veces lo hago	Más o menos lo hago	Frecuentemente lo hago	Es mucho de lo yo hago
19	Busco consuelo en la religión	A	B	C	D	E
20	Trato de tranquilizarme antes de hacer algo	A	B	C	D	E
21	Pienso en matarme para					

	escapar de los problemas	A	B	C	D	E
22	Pido disculpas si eso me ayuda a resolver la situación	A	B	C	D	E
23	Me pongo muy triste	A	B	C	D	E
24	Trato de cambiar algunas cosas para que el problema no se repita	A	B	C	D	E
25	Intento olvidar el problema divirtiéndome con mis amigos	A	B	C	D	E
26	Analizo las cosas con calma y busco una solución	A	B	C	D	E
27	Me hago daño para lastimar alguna parte de mi cuerpo	A	B	C	D	E
28	Informo a mis papás lo que me pasó y ellos me ayudan a solucionar las cosas	A	B	C	D	E
29	Me siento enojado (a) por no poder hacer nada	A	B	C	D	E

30	Libero mis emociones pintando, dibujando o escribiendo	A	B	C	D	E

Cuando tengo un problema yo hago lo siguiente:

		Nunca lo hago	A veces lo hago	Más o menos lo hago	Frecuentemente lo hago	Es mucho de lo yo hago
31	Tomo las cosas con calma y trato de encontrar una solución	A	B	C	D	E
32	Tengo confianza en que el problema se va a solucionar	A	B	C	D	E
33	Trato de cambiar mi reacción emocional para sentirme mejor	A	B	C	D	E
34	Actúo como si todo estuviera bien	A	B	C	D	E
35	Trato de sacar mi frustración de forma positiva	A	B	C	D	E
36	Pienso mucho en el problema y no puedo sacármelo de la cabeza	A	B	C	D	E

37	Hago cosas sin pensar	A	B	C	D	E
38	Pienso que ya vendrán tiempos mejores	A	B	C	D	E
39	Me paralizó y no puedo hacer nada ante los problemas	A	B	C	D	E

♣ Sección B

Instrucciones:

Nos interesa conocer que es lo que te sucede cuando tienes algún problema. Por favor lee las siguientes afirmaciones y marca en la hoja de respuestas con que frecuencia te suceden.

- A. "Nunca".
- B. "A veces".
- C. "Más o menos".
- D. "Con frecuencia".
- E. "Casi siempre".

Cuando tengo un problema:

		Nunca	A veces	Más o menos	Con frecuencia	Casi siempre
40	Siento que el corazón me late más rápido	A	B	C	D	E
41	Me siento acalorado o sudoroso	A	B	C	D	E
42	Siento que respiro agitado	A	B	C	D	E
43	Siento los latidos de mi corazón	A	B	C	D	E
44	Siento que mis músculos están tensos	A	B	C	D	E

- f) Está más motivado para ir al hospital
- g) Está más pendiente de acudir a sus consultas
- h) Acepta de mejor manera tomar sus medicamentos
- i) Tolera más acudir a toma de productos y los aspirados de médula ósea
- j) Otros _____

- *¿Qué otro apoyo considera que sería de utilidad para apoyar posteriormente a otros pacientes que padecen leucemia?*

- *¿Qué tanto está satisfecho con el apoyo psicológico recibido?*

- a) Mucho
- b) Poco
- c) Nada

APÉNDICE F

MANUAL DE INTERVENCIÓN

La intervención de está elaborada del siguiente modo:

Sesión 1. Entrevista motivacional

Sesión 2. a) Entrenamiento en relajación autógena y b) entrenamiento en solución de problemas: definición del problema

Sesión 3. a) Entrenamiento en relajación autógena y b) entrenamiento en solución de problemas: generación de alternativas y tomas de decisiones

Sesión 4. a) Entrenamiento en relajación autógena y b) entrenamiento en solución de problemas: implementación de plan de solución y verificación de resultados

Sesión 5. a) Entrenamiento en relajación autógena y b) entrenamiento en solución de problemas:

Postest: 1. Registro de señales fisiológicas en reposo (10 minutos)

2. Aplicación de instrumentos

Sesión 1.

Entrevista motivacional

Propósito: Promover la aceptación del tratamiento psicológico a través de la resolución de la ambivalencia acerca del cambio

Duración: 1 hora

Aspectos a discutir:

1. Los aspectos en que el diagnóstico de leucemia y su tratamiento han afectado la vida del adolescente.
2. Identificar los obstáculos para llevar a cabo el tratamiento psicológico
3. Hacer balance decisional de los convenientes/inconvenientes del tratamiento psicológico
4. Establecimiento de metas de cambio
5. Retroalimentación de la motivación al cambio

Lineamientos a seguir:

Los principios clínicos de la entrevista motivacional: expresión de empatía, promoción de la discrepancia, evitar la discusión, darle giro a la resistencia y fomentar la autoeficacia del paciente.

Tarea: Anotar el plan de de motivación al tratamiento en el formato correspondiente

Material de apoyo:

- ▶ Equipo para registro de variables fisiológicas
- ▶ Formato 1. Plan de motivación al tratamiento

Plan de motivación al tratamiento

Los cambios que quiero hacer (o seguir haciendo) son:

Las razones por las que voy a hacer esos cambios son:

Los pasos que planeo para cambiar son:

Considero que las formas en las que pueden ayudarme otras personas son:

Yo sabré que lo que hago está funcionando si:

Algunas cosas que pueden interferir con mi plan son:

Qué haré si lo que planeé no está funcionando:

Hoja de Trabajo específica

Los cambios que quiero hacer son:

Menciona en qué aspectos o maneras específicas en las cuales quieres cambiar

Incluye metas positivas (empezar, aumentar o mejorar lo que haces)

Las razones más importantes por las que quieres hacer estos cambios son:

¿Cuáles consideras que son algunas consecuencias de hacer o no hacer nada para cambiar?

¿Cuáles de los motivos para cambiar crees que son más importantes para ti?

Los pasos que tengo que hacer en el cambio son:

¿Cómo has pensado lograr tus metas?

De tu plan general: ¿cuáles son algunos de los pasos que tienes que hacer?

¿Dónde, cómo y cuándo llevarás a cabo estos pasos?

Las otras maneras en que la gente puede ayudarme son:

Menciona de qué manera te puedes ayudar y apoyar otras personas en tu intento por cambiar

¿Cómo harás para obtener ayuda de otros?

Sabré si mi plan está funcionando si:

¿Qué esperas que pase como resultado del cambio?

¿Qué beneficios esperas obtener del cambio?

Algunas cosas que pueden interferir con mi plan son:

Piensa en situaciones o cambios que pueden interferir con el plan

¿Qué podría salir mal?

¿Cómo podrías apegarte al plan a pesar de los cambios o las dificultades?

Sesión 2.

**Entrenamiento relajación autógena y entrenamiento en solución de problemas:
definición del problema**

Propósitos: Enseñar la técnica de relajación autógena, proporcionar una breve introducción al entrenamiento en solución de problemas y enseñar cómo definir un problema.

Duración: 1 hora

Aspectos a discutir:

1. Fundamentos de la técnica de relajación autógena y el entrenamiento en solución de problemas, discutir los beneficios que se pueden obtener de ambas estrategias para lograr disminuir el sufrimiento emocional ocasionado por la enfermedad y mejorar su calidad de vida.
2. Identificar un problema determinado y definirlo en los siguientes términos: buscando todas las posibles causas, de la manera más sencilla y concreta posible, separando los hechos de las creencias, identificando los obstáculos y conflictos que pueden impedir su resolución y estableciendo metas realistas para resolverlo.

Tarea: Practicar el ejercicio de respiración diafragmática en casa

Material de apoyo:

- ▶ Folleto de respiración diafragmática; Formato 2
- ▶ Equipo para registro de variables fisiológicas

Pasos para definir un problema

Escribe la situación que consideras que es un problema para ti

Ahora contesta las siguientes preguntas:

¿Para quién es un problema?

¿Por qué es un problema?

¿Cuándo se convirtió en un problema?

¿Dónde o en qué situaciones/lugares o con qué personas ha afectado?

¿Cómo te está afectando?

¿Qué cosas de esta situación son un problema para ti?

¿Cuáles son los obstáculos a los que te tienes que enfrentar?

¿Cuáles son los conflictos que ha ocasionado?

¿Qué es lo que esperas lograr cuando resuelvas el problema?

¿Qué de esto se puede hacer en realidad?

Sesión 3.

Formato 1

Entrenamiento en relajación autógena y entrenamiento en solución de problemas: generación de alternativas

Propósitos: Enseñar la técnica de relajación autógena y que el participante logre tener la mayor cantidad de alternativas para solucionar el problema delimitado en la sesión 1.

Duración: Una hora

Aspectos a trabajar:

1. Revisar tarea conductual
2. Corregir la técnica de respiración diafragmática
3. Modelar la técnica de relajación autógena y corregir su ejecución. Hacer énfasis en las sensaciones positivas posteriores a la aplicación.
4. Tomando en consideración el problema planteado en la sesión 1, propiciar una "tormenta de ideas" para obtener el mayor número de soluciones al problema y anotarlo en el registro correspondiente.

Tarea: Continuar practicando la relajación diafragmática en casa al menos una vez al día por la noche y anotar en el registro otras posibles soluciones.

Material de apoyo

- ▶ Equipo para registro de variables fisiológicas
- ▶ **Formato 3**

Soluciones al problema

Escribe todas las alternativas posibles para resolver el problema que te vengan a la mente.

Intenta poner todas la que se te ocurran, sin juzgarlas, inclusive puedes combinarlas.

Sesión 4.

Entrenamiento en relajación autógena y entrenamiento en solución de problemas: toma de decisiones e implementación del plan de solución

Propósito: Continuar con la práctica de la relajación autógena, analizar las alternativas de solución e implementación del plan de solución

Duración: 1 hora

Aspectos a discutir:

1. Definir las metas para solucionar el problema, considerando que sean realistas, viables, identificando las consecuencias positivas y negativas de cada alternativa de solución en el ámbito personal, familiar y social.
2. Elegir una alternativa de solución o varias, con base en el análisis anterior

Tarea: Poner en práctica la solución elegida

Material de apoyo:

- ▶ Formato 4
- ▶ Formato 5
- ▶ Equipo para registro de variables fisiológicas

--	--	--	--	--	--	--

Formato 3

Plan para solucionar el problema

Escribe los pasos que tienes que seguir para poner en práctica la solución que elegiste	Ahora, escribe cómo vas a hacer cada paso
---	---

--	--

Formato 4

Sesión 5.

Entrenamiento en relajación autógena y entrenamiento en solución de problemas: verificación de resultados y propuesta de generalización de la estrategia

Propósitos: Evaluar los resultados de la solución implementada, ejemplificar el proceso de generalización de la estrategia para resolver diversos tipos de problemas, terminar el proceso terapéutico y llevar a cabo la evaluación postest.

Duración: Una sesión de una hora aproximada

Aspectos a discutir:

1. Resultados obtenidos del plan implementado, efectos personales, familiares y sociales del mismo, así como el grado de satisfacción con los resultados.
2. La utilidad de para solucionar problemas de varias naturalezas.
3. Elección de otro problema y resolverlo mediante la aplicación de la estrategia aprendida en las anteriores sesiones
4. Evaluar los resultados obtenidos.
5. Discutir los pros y contras de usar la estrategia para hacer frente a las situaciones diversas a las que se enfrenta el participante, sean cotidianas o extraordinarias, haciendo un análisis de beneficios e inconvenientes de su uso.
6. Beneficios logrados con la aplicación de las estrategias en relación con su vida cotidiana, su salud, la relación con la familia y el personal del hospital.
7. El grado en que la intervención fue útil al participante para manejar adecuadamente los síntomas físicos y emocionales derivados de la enfermedad, así como para comprender y afrontar los problemas que le afectan.
8. Resultados obtenidos del plan implementado, efectos personales, familiares y sociales del mismo, así como el grado de satisfacción con los resultados.
9. La importancia de auto monitorear cambios en el ajuste psicosocial y continuar aplicando las habilidades aprendidas para mantener el cambio.

Material de apoyo:

- ▶ Formato 6
- ▶ Formatos 2, 3, 4, 5 y 6
- ▶ Formato 7
- ▶ Equipo para registro de variables fisiológicas

Evaluando los resultados

Luego de llevar a cabo tu plan para solucionar el problema:

¿Cuáles fueron los resultados que notaste?

¿Qué tanto lo que hiciste tuvo los resultados que esperabas?

1	2	3	4	5
Nada		Algo		Muy bien

¿Qué cosas cambiaron en ti?

¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr en ti?

1	2	3	4	5
Nada		Algo		Muy bien

¿Qué cosas cambiaron en tu familia?

¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr en tu familia?

1	2	3	4	5
Nada		Algo		Muy bien

¿Qué cosas cambiaron en las demás personas?

¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr en ellos?

1	2	3	4	5
Nada		Algo		Muy bien

Formato 5

Formato Evaluación ESP

Instrucciones: Contesta las preguntas pensando lo que creas que pasó en ti, luego de acudir a recibir este entrenamiento:

¿Cuáles fueron los resultados que notaste?				
¿Qué tanto lo que hiciste tuvo los resultados que esperabas?				
1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho
¿Qué cosas cambiaron en ti?				
¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr en ti?				
1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho
¿Qué cosas cambiaron en tu familia?				

¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr en tu familia?				
1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho
¿Qué cosas cambiaron en las demás personas?				
¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr en ellos?				
1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho

¿Qué cosas cambiaron en tu salud?	Formato 6
¿Qué tanto estos efectos son parecidos a los cambios que esperabas lograr?	

1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho
<p>¿Qué cosas crees que puedas manejar de mejor manera?</p>				
<p>¿Qué tanto se parecen a lo que querías aprender cuando aceptaste acudir a este tratamiento?</p>				
1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho
<p>¿Qué tan contento te sientes ahora?</p>				
1 Nada	2	3 Algo	4	5 Mucho

¿Qué tanto ha cambiado tu ánimo respecto a lo que pensabas al inicio?				
1	2	3	4	5
Nada		Algo		Mucho

Formato 6

Postest

Propósitos: Llevar a cabo la evaluación postest.

Duración: Dos horas

Material de apoyo:

- ▶ Instrumentos:
PedsQL,
Cuestionario de afrontamiento para adolescentes,
MMPI-A,
Cuestionario IV-S
Equipo para registro de variables fisiológicas

Tablas

	Pág.
1. Clasificación de las Leucemias Agudas: Clasificación morfológica	19
2. Casos nuevos de cáncer, enero a junio de 2004	23
3. Reingresos hospitalarios en el INP clasificados por diagnóstico de base e ingreso, enero-junio 2004	24
4. Mortalidad hospitalaria en el INP, por diagnóstico de base y grupos de edad	25
Tabla 5. Descripción de edades, escolaridad y procedencia de participantes, diagnóstico, etapa del tratamiento y modalidad de tratamiento recibida, en los 6 casos definitivos	53
Tabla 5a. Descripción de edad, sexo y escolaridad de los padres, en los 6 casos definitivos	53
6. Comparación de los puntajes del Pretest de los casos que recibieron TCCB e II, en el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes	115
7. Comparación de los puntajes del Postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el Cuestionario de Afrontamiento para Adolescentes	116
8. Comparación de los puntajes del Pretest y postest de los casos que recibieron TCCB e II, en las escalas clínicas del MMPI-A	117
9. Comparación de los puntajes del pretest y postest de los casos que recibieron TCCB e II, en las escalas de contenido y suplementarias del MMPI-A	118
10. Comparación de los puntajes del pretest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma general para adolescentes	120
11. Comparación de los puntajes del postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma general para adolescentes	121
12. Comparación de los puntajes del postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma general para padres	122
13. Comparación de los puntajes del postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma general para padres	123
14. Comparación de los puntajes del pretest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma específica de cáncer, en la	124

versión para adolescentes	
15. Comparación de los puntajes del postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma específica de cáncer, en la versión para adolescentes	125
16. Comparación de los puntajes del pretest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma específica de cáncer, en la versión para padres	126
17. Comparación de los puntajes del postest de los casos que recibieron TCCB e II, en el cuestionario de calidad pediátrica, forma específica de cáncer, en la versión para padres	127
18. Categorías de afrontamiento, de acuerdo con la clasificación de Seiffge-Krenke	155
19. Categorías de afrontamiento, de acuerdo con la clasificación de Compas	155
20. Ejemplos de categorías de las respuestas de acuerdo con Seiffge-Krenke	156
21 Ejemplos de categorías de las respuestas de acuerdo con Compas	156
22. Modelo de siete factores del CA-A (segunda etapa)	158
23. Valores Eigen y porcentaje de Varianza Explicada (tercera etapa)	160
24. Análisis factorial del CA-A con rotación Varimax (tercera etapa)	160
25. Coeficiente alpha de Cronbach de los siete factores (tercera etapa)	162
26. Análisis de valores perdidos del PedsQL en la forma general para adolescentes	165
Tablas	Pág.
27. Análisis de valores perdidos del PedsQL en la forma general para padres	166
28. Análisis de discriminación de reactivos mediante contraste con prueba t , PedsQL en las formas generales para adolescentes y padres	167
29. Confiabilidad de las escalas de la forma general del PedsQL para adolescentes y padres	169
30. Coeficientes de correlación por reactivo-escala total del PedsQL en la versión para adolescentes y padres	169
31. Componentes extraídos del análisis factorial exploratorio del PedsQL	170
32. Agrupación de los reactivos en el análisis factorial exploratorio del PedsQL	171

en la forma para adolescentes

33. Agrupación de los reactivos en el análisis factorial exploratorio del PedsQL en la forma para padres 173

Índice de Figuras

	Pág.
Figura 1. Modelo de interrelaciones entre el sistema ambiental, el sistema personal, las habilidades de afrontamiento y la adaptación. Traducido de Moos (2002, pág. 1393)	15
Figura 2. Etapas del proceso de cambio consideradas para el modelo de entrevista motivacional. Tomado de: Miller y Rollnick, (1999, pág. 39)	51
Figura 3. Caso 1. Perfil de eventos estresantes positivos	66
Figura 3a. Caso 1. Perfil de eventos estresantes negativos	66
Figura 4. Caso 1. Perfil del MMPI-A: escalas de validez y clínicas	67
Figura 5. Caso 1. Perfil del MMPI-A: escalas de contenido y suplementarias	67
Figura 6. Caso 1. Puntajes obtenidos en el CA-A	68
Figura 7. Caso 1. Calidad de Vida en la forma general- Adolescentes	68
Figura 8. Caso 1. Calidad de Vida en la forma general- Padres	69
Figura 9. Caso 1. Calidad de vida forma para cáncer-Adolescentes	69
Figura 10. Caso 1. Calidad de vida forma para cáncer-Padres	70
Figura 11. Caso 1. Frecuencia cardíaca promedio	70
Figura 12. Caso 1. Autoinforme de tensión	71
Figura 13. Caso 2. Perfil de eventos estresantes positivos	78
Figura 13a. Caso 2. Perfil de eventos estresantes negativos	78
Figura 14 Caso 2. Perfil del MMPI-A: escalas de validez y clínicas	79
Figura 15. Caso 2. Perfil del MMPI-A: escalas de contenido y suplementarias	80
Figura 16. Caso 2. Puntajes obtenidos en el CA-A	80
Figura 17. Caso 2. Calidad de Vida en la forma general- Adolescentes	81
Figura 18. Caso 2. Calidad de Vida en la forma general- Padres	81
Figura 19. Caso 2. Calidad de vida forma para cáncer-Adolescentes	82
Figura 20. Caso 2. Calidad de vida forma para cáncer-Padres	82

Figura 21. Caso 2. Frecuencia cardiaca promedio	83
Figura 22. Caso 2. Autoinforme de tensión	83
Figura 23. Caso 3. Perfil de eventos estresantes positivos	88
Figura 23a. Caso 3. Perfil de eventos estresantes negativos	88
Figura 24 Caso 3. Perfil del MMPI-A: escalas de validez y clínicas	89
Figura 25. Caso 3. Perfil del MMPI-A: escalas de contenido y suplementarias	90
Figura 26. Caso 3. Puntajes obtenidos en el CA-A	90
Figura 27. Caso 3. Calidad de Vida en la forma general- Adolescentes	91
Figura 28. Caso 3. Calidad de Vida en la forma general- Padres	92
Figura 29. Caso 3. Calidad de vida forma para cáncer-Adolescentes	92
Figura 30. Caso 3. Calidad de vida forma para cáncer-Padres	93
Figura 31. Caso 3. Frecuencia cardiaca promedio	93
Figura 32. Caso 3. Autoinforme de tensión	94
Figura 33. Caso 4. Perfil de eventos estresantes positivos	96
Figura 33a. Caso 4. Perfil de eventos estresantes negativos	96
Figura 34. Caso 4. Perfil del MMPI-A: escalas de validez y clínicas	97
Figura 35. Caso 4. Perfil del MMPI-A: escalas de contenido y suplementarias	97
Figura 36. Caso 4. Puntajes obtenidos en el CA-A	98
Figura 37. Caso 4. Calidad de Vida en la forma general- Adolescentes	99
Figura 38. Caso 4. Calidad de Vida en la forma general- Padres	99
Figura 39. Caso 4. Calidad de vida forma para cáncer-Adolescentes	100
Figura 40. Caso 4. Calidad de vida forma para cáncer-Padres	100
Figura 41. Caso 5. Perfil de eventos estresantes positivos	101
Figura	Pág.
Figura 41a. Caso 5. Perfil de eventos estresantes negativos	102
Figura 42 Caso 5. Perfil del MMPI-A: escalas de validez y clínicas	102

Figura 43. Caso 5. Perfil del MMPI-A: escalas de contenido y suplementarias	103
Figura 44. Caso 5. Puntajes obtenidos en el CA-A	104
Figura 45. Caso 5. Calidad de Vida en la forma general- Adolescentes	104
Figura 46. Caso 5. Calidad de Vida en la forma general- Padres	105
Figura 47. Caso 5. Calidad de vida forma para cáncer-Adolescentes	105
Figura 48. Caso 5. Calidad de vida forma para cáncer-Padres	106
Figura 49. Caso 6. Perfil de eventos estresantes positivos	108
Figura 49a. Caso 6. Perfil de eventos estresantes negativos	109
Figura 50 Caso 6. Perfil del MMPI-A: escalas de validez y clínicas	109
Figura 51. Caso 6. Perfil del MMPI-A: escalas de contenido y suplementarias	110
Figura 52. Caso 6. Puntajes obtenidos en el CA-A	111
Figura 53. Caso 6. Calidad de Vida en la forma general- Adolescentes	112
Figura 54. Caso 6. Calidad de Vida en la forma general- Padres	112
Figura 55. Caso 6. Calidad de vida forma para cáncer-Adolescentes	113
Figura 56. Caso 6. Calidad de vida forma para cáncer-Padres	113
Figura 57. Atención psicológica posterior	129
Figura 58. Síntomas secundarios a quimioterapia	129
Figura 59. Síntomas de ansiedad posterior a la intervención	130
Figura 60. Uso de psicofármacos, analgésicos o antieméticos	130
Figura 61. Utilidad percibida del apoyo psicológico	131
Figura 62. Aspectos que se modificaron en el Caso	131
Figura 63. Satisfacción con la atención proporcionada	132